

Ospedali & Salute

QUINDICESIMO RAPPORTO ANNUALE 2017



COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Il presente Rapporto è stato curato da **Nadio Delai**, attraverso una stretta collaborazione tra la Società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma e l’Aiop – Associazione Italiana Ospedalità Privata. È stato costituito allo scopo un apposito gruppo di lavoro tecnico misto, composto da: Angelo Cassoni, Filippo Leonardi, Annagiulia Caiazza, Alberta Sciacchi, Stefano Turchi, Fabiana Rinaldi, oltre che Peppino Biamonte e Paolo Parente, integrato da Nadio Delai (Ermeneia).

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

Si ringraziano infine per la collaborazione prestata anche i responsabili e i collaboratori della sede nazionale e delle sedi regionali, per lo sforzo di raccolta e di organizzazione dei dati interni al sistema Aiop.

A.I.O.P.

Associazione Italiana Ospedalità Privata

Presidente:

Gabriele Pelissero

Vice Presidente:

Barbara Cittadini

Tesoriere:

Fabio Marchi

Comitato Esecutivo:

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

Direttore Generale:

Filippo Leonardi



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

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

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_pubblicare/pubblicare_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

QUINDICESIMO RAPPORTO ANNUALE 2017

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana Ospedalità Privata

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Grafica della copertina: Andrea Albanese.

Copyright © 2018 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 3.0 Italia* (CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

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

Stampa: Geca Industrie Grafiche, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese

Indice

Il futuro della sanità in Italia <i>di Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale AIOP</i>	pag.	9
Introduzione	»	33
 Parte prima IL CONSOLIDARSI DI UNA STRATEGIA DI REAZIONE DEGLI UTENTI DI FRONTE ALL'INDEBOLIMENTO DELL'OFFERTA		
1. La tenuta di fondo, malgrado tutto, di un sistema da preservare	»	43
1.1. La forza intrinseca, pur con risorse misurate	»	43
1.2. La conferma della qualità media, letta attraverso gli indicatori di prestazione	»	49
1.3. La conferma della qualità media, percepita da utenti e cittadini	»	59
1.4. Il sottofinanziamento permanente della spesa sanitaria	»	62
2. La crescita e l'articolazione della spesa <i>out-of-pocket</i> delle famiglie	»	66
2.1. Una rincorsa compensativa rispetto al logoramento dell'offerta pubblica dei servizi sanitari	»	66
2.2. La composizione e le motivazioni della spesa <i>out-of-pocket</i> nelle dichiarazioni dei <i>care-giver</i>	»	68

3. La ricerca (crescente) di alternative a fronte delle debolezze del sistema pubblico	pag.	74
3.1 Il logoramento percepito	»	74
3.2. Il consolidarsi di un quadro di strategie di reazione	»	79
3.3. La parallela esigenza di una buona strategia pubblica di prevenzione	»	86
4. La difficoltà di pervenire ad una rendicontazione utile per la riorganizzazione del sistema	»	105
4.1. Le possibili “anomalie” che segnalano il rischio di ripianamenti impliciti di bilancio	»	105
4.2. Trasparenza e certificabilità dei bilanci ancora troppo a rilento	»	124

Parte seconda

L'ANDAMENTO DELLE OPINIONI DI UTENTI E CITTADINI NELL'ANALISI CONGIUNTURALE 2017

1. Un accesso ai ricoveri maggiormente selettivo e attento rispetto alle prestazioni ricevute	»	135
1.1. Più analisi e accertamenti e meno ricoveri	»	135
1.2. Un livello di soddisfazione sempre consistente, ma con un aumento dei giudizi di tipo mediano	»	140
1.3. Una propensione prevalente (anche se critica) ad utilizzare la stessa struttura ospedaliera cui ci si è rivolti l'ultima volta	»	143
2. Una maggiore ricerca di alternative di ricovero, ma con un giudizio sempre positivo sul sistema ospedaliero misto pubblico/privato da parte dei cittadini	»	148
2.1. Un recupero di conoscenza delle possibilità di scelta pubblico/privato e Regione/fuori Regione	»	148
2.2. Una propensione più pronunciata a sperimentare strutture ospedaliere extra Regione e/o fuori dell'Italia da parte di chi già ha avuto accesso a strutture private accreditate o a cliniche private	»	152
2.3. Una spinta evidente verso la progressiva “territorializzazione” dell'ospedale	»	159
2.4. Un livello di miglioramento della soddisfazione, specie per le strutture private accreditate	»	162

2.5. Un giudizio ormai consolidato sul sistema misto pubblico/privato accreditato	pag.	165
3. Il set annuale di indicatori sull'accesso alle strutture ospedaliere	»	171
3.1. L'indicatore di crescita di un sistema misto	»	171
3.2. L'indicatore del livello di soddisfazione dei servizi	»	174
3.3. L'indicatore della propensione a scegliere da parte dei cittadini	»	176

Parte terza

I COMPORTAMENTI E LE REAZIONI DEI *CARE-GIVER* RISPETTO ALLE DEBOLEZZE DEL SISTEMA SANITARIO

1. Il ricorso all'<i>out-of-pocket</i> da parte delle famiglie	»	181
1.1. Le dimensioni quantitative del fenomeno attraverso i dati aggregati nazionali	»	181
1.2. Il dettaglio delle spese dichiarato dai <i>care-giver</i> e il confronto con i valori nazionali	»	184
1.3. Le ragioni del ricorso all' <i>out-of-pocket</i>	»	201
2. La persistenza dei rimandi e/o delle rinunce alle cure	»	203
2.1. L'accumulo del fenomeno negli ultimi tre anni	»	203
2.2. Le ragioni (accentuate) dei rimandi e/o delle rinunce alle cure	»	209
2.3. Il livello decrescente di soddisfazione rispetto ai servizi sanitari e socioassistenziali della Regione di residenza	»	211
3. Il peggioramento dei "sistemi di giunzione"	»	214
3.1. Una maggiore difficoltà al momento dell'accesso alle strutture ospedaliere	»	214
3.2. L'esigenza insoddisfatta di "sentirsi al centro" come paziente	»	216
3.3. Il passaggio sempre più delicato delle dimissioni e del post-ricovero	»	221
3.4. Le modalità adottate per superare le eventuali difficoltà	»	224

4. La ricerca in crescita di possibili soluzioni alternative da parte dei pazienti e delle loro famiglie	pag.	229
4.1. Il ricorso alle strutture private accreditate in alternativa a quelle pubbliche	»	229
4.2. La propensione a rivolgersi in ospedali situati in altre Regioni italiane	»	232

Parte quarta

GLI INDICATORI STATISTICI

1. I dati di struttura	»	237
1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati	»	237
1.2. La distribuzione dei posti letto	»	238
1.3. La dotazione di apparecchiature	»	240
2. I dati di attività	»	252
2.1. Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo	»	252
2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi	»	253
2.3. I DRG più diffusi	»	254
2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche	»	254
2.5. Le attività classificate per disciplina	»	255
2.6. La mobilità sanitaria	»	256
3. Le informazioni sul personale	»	302
3.1. L'andamento degli addetti nel tempo	»	302
3.2. La situazione degli addetti per territorio	»	303
4. I dati di spesa	»	309
4.1. L'andamento dei flussi nel tempo	»	309
4.2. La spesa sanitaria a confronto	»	310

Allegati

1. La metodologia utilizzata	»	317
2. L'indice delle tabelle strutturali	»	351
3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulla popolazione	»	356
4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sui <i>care-giver</i>	»	389

Il futuro della sanità in Italia

di *Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale AIOP*

1. Un equilibrio precario

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano nasce, come da tempo abbiamo osservato¹ ispirandosi ad un modello di tipo *Beveridge*, ma mostrando sin dall'inizio significative differenze rispetto all'originale britannico.

Le sue caratteristiche principali sono ben note, ma ai fini della nostra riflessione sul futuro dobbiamo qui brevemente richiamarne alcune.

Il sistema è fondato sui due pilastri della universalità e della solidarietà.

Universalità significa l'accesso di tutti i cittadini italiani, e più recentemente perfino degli abitanti privi di cittadinanza, alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione indicate nei livelli essenziali di assistenza (LEA), che in realtà contengono quasi tutte le prestazioni sanitarie esistenti.

Solidarietà significa finanziamento attraverso la fiscalità generale, e pertanto con modalità completamente ascrivibili al comparto della spesa pubblica.

Queste due caratteristiche fondamentali hanno in sé elementi di criticità.

L'universalità, infatti, può venire meno se all'affermazione del diritto non corrisponde una adeguata accessibilità, cioè se si formano lunghe liste d'attesa, o se la qualità – reale o percepita – dell'erogazione scende sotto un livello minimo disincentivando così l'utilizzo delle prestazioni offerte dal sistema.

La solidarietà è collegata alla capacità di spesa e ai vincoli nazionali e internazionali posti alla spesa pubblica.

¹ Pelissero G., "Organizzazione Sanitaria" in *Igiene*, Meloni C. e Pelissero G., Casa Editrice Ambrosiana, 2007; Pelissero G., "Il Sistema Sanitario Italiano – Una realtà in continua evoluzione", in Pelissero G. e Mingardi A. (a cura di), *Eppur si muove*, IBL Libri, 2010; Pelissero G., *La sanità della Lombardia*, FrancoAngeli, 2010.

Se questa si restringe oltre un certo limite le risorse diventano insufficienti ad assicurare il volume e/o la qualità delle prestazioni.

Queste sintetiche osservazioni evidenziano come la funzionalità del Ssn sia in realtà posta costantemente in un equilibrio precario e che il modificarsi delle disponibilità di risorse e delle capacità di erogare prestazioni in quantità e qualità adeguate ne possono continuamente alterare la corretta dinamica.

Inoltre il Ssn italiano si caratterizza per alcune varianti rispetto al modello *Beveridge* classico, rappresentate dal ruolo delle Regioni (e delle Provincie Autonome di Trento e Bolzano che in questa materia sono assimilate alle Regioni) e dal pluralismo degli erogatori, condizioni entrambe che introducono forti elementi di differenziazione, e in parte anche competitività, estranei alla concezione centralistica e statalista del modello originario.

Muovendosi da queste premesse, per riflettere al futuro, possiamo interrogarci per prima cosa sulle caratteristiche principali e sulla dinamica di quello che è il motore finanziario indispensabile: la spesa pubblica.

2. Caratteristiche della spesa pubblica italiana

Le caratteristiche, e le criticità, dell'economia italiana e in particolare della spesa pubblica sono ben note.

Di quest'ultima qui ci limitiamo ad osservare (fig. 1) la sostanziale stabilità negli ultimi 7 anni, espressa in percentuale rispetto al Pil.

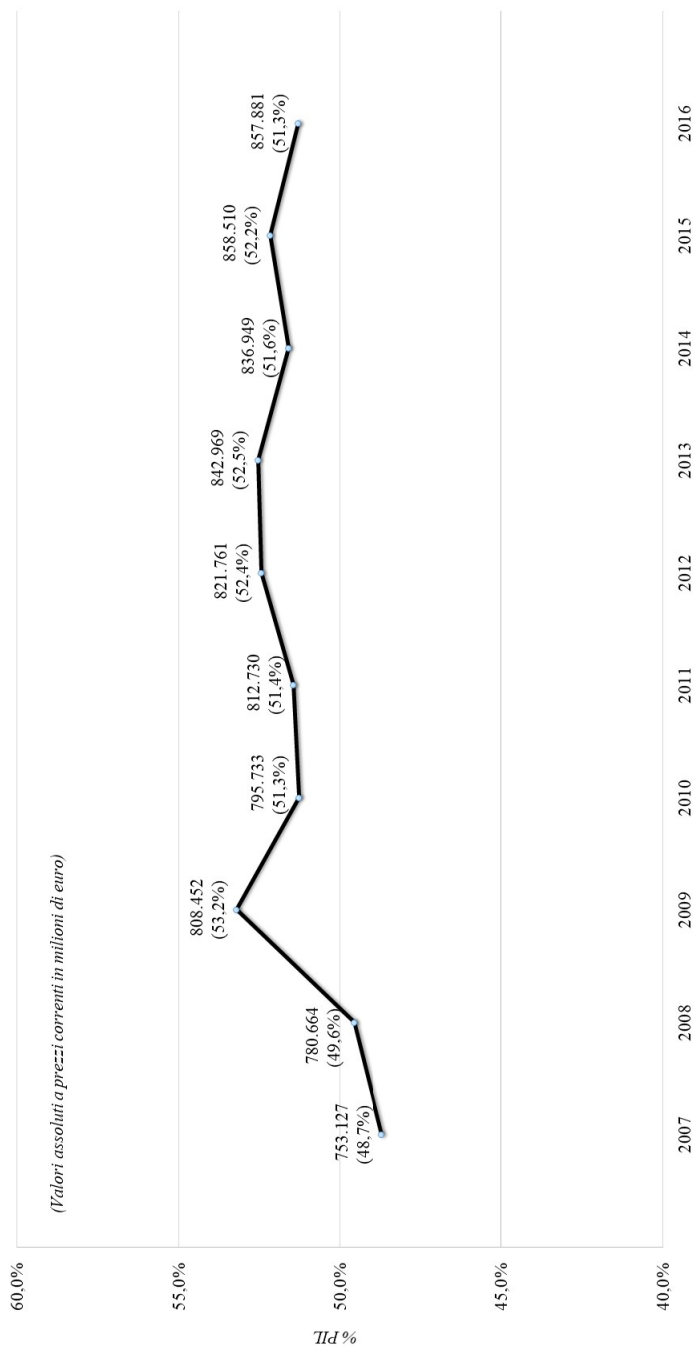
Portando la nostra attenzione sulla sanità, possiamo osservare che essa assorbe nel 2015 il 13% (fig. 2) della spesa pubblica, percentuale indubbiamente importante, che dobbiamo però leggere almeno alla luce di due dati: il confronto con gli altri Paesi europei e il confronto con le altre voci di spesa.

A tal fine la figura 3 ci sembra illuminante. In primo luogo, infatti dobbiamo osservare che l'Italia, nel 2015, presenta una spesa pubblica totale ben superiore rispetto alla media dei Paesi Eu 15, sicuramente i più confrontabili con il nostro Paese, attestandosi al 52,2% del Pil rispetto a una media del 44% nell'Europa dei 15.

Ma se andiamo ad esaminare i grandi capitoli di spesa, vediamo come l'Italia superi abbondantemente gli altri Paesi nel servizio del debito (4,7% del Pil a fronte del 2,2%) e nella spesa pensionistica (15,7% del Pil rispetto all'11,2%) e di poco per ordine pubblico e sicurezza (1,9% del Pil rispetto all'1,6%) e alla spesa dedicata alla tutela dell'ambiente (1% del Pil a fronte dello 0,7%).

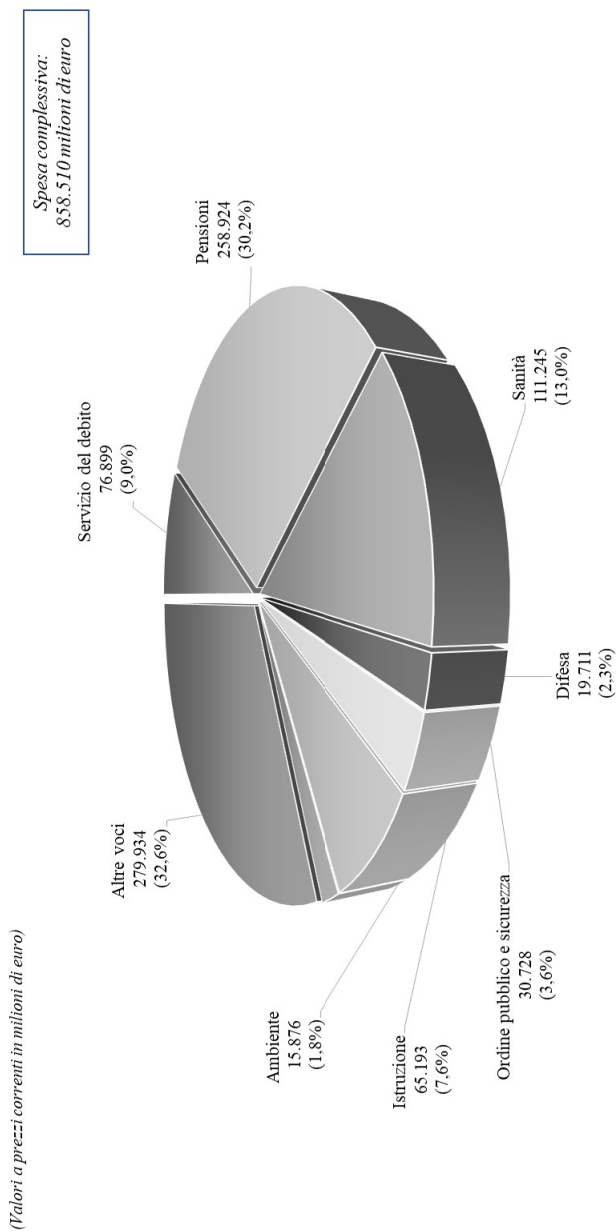
Al contrario le maggiori restrizioni si riscontrano su istruzione (4% del Pil a fronte del 4,4%) e sanità (6,8% del Pil a fronte del 7,4%).

Fig. 1 - Spesa pubblica italiana. Anni 2007-2016 (Valori assoluti e percentuale sul PIL)



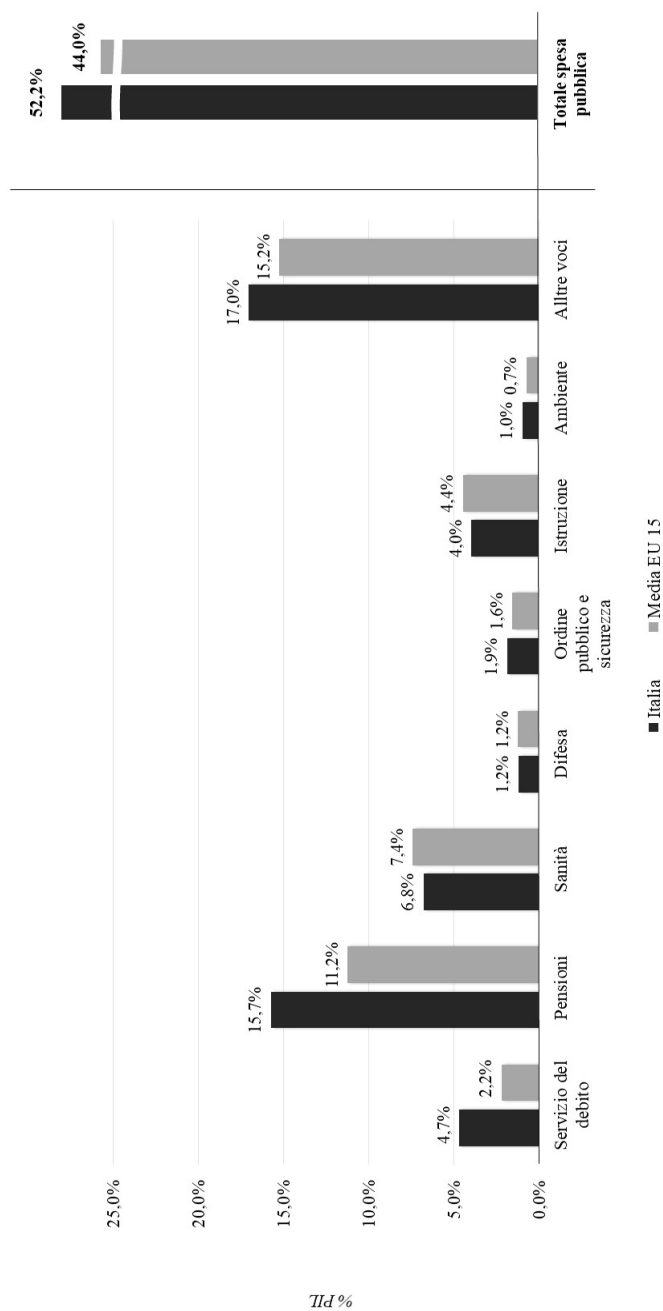
Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, Anni 2011-2017); Istat, Conti economici nazionali

Fig. 2 - Spesa pubblica italiana per funzione, Anno 2015 (Valori assoluti e composizione percentuale)



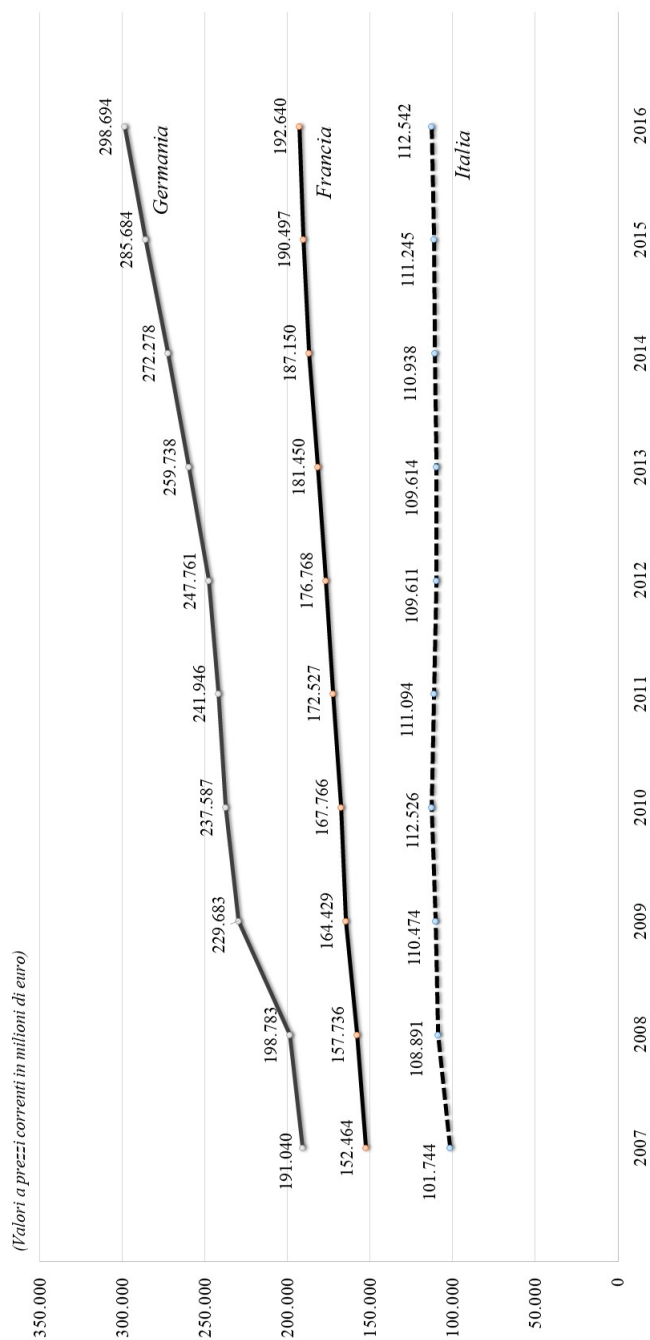
Fonte: Corte dei Conti, Rapporto 2017 sul coordinam. della finanza pubblica; Istat, Consumi finali delle famiglie; M.E.F. - Doc. Econ. e Fin. 2017

Fig. 3 - Spesa pubblica italiana: confronto con le medie europee su alcune delle principali voci di spesa. Anno 2015 (% sul PIL)



Fonte: M.E.F., Doc. di Econ. e Finanza; Istat, Conti economici nazionali; OECD, Health expenditure; Eurostat, General government expenditure

Fig. 4 - Andamento temporale della spesa pubblica sanitaria in Italia, Francia e Germania. Anni 2007-2016



Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, Anni 2011-2017); Ocse, Health Data 2017

Quest'ultimo dato si amplifica se portiamo il confronto sui grandi Paesi con noi più direttamente comparabili come Germania e Francia, come evidenziato in figura 4.

3. Dinamica della spesa sanitaria

Partendo dalla constatazione della significativa esiguità della spesa pubblica sanitaria italiana rispetto agli altri Paesi Ue più direttamente comparabili, è necessario ora considerarne la dinamica, ed estendere la nostra osservazione alla componente di spesa privata.

La figura 5 mostra il trend decennale (2007-2016) della spesa sanitaria italiana e ne evidenzia con grande chiarezza due aspetti fondamentali. La progressiva e rilevante discesa della spesa pubblica (dal 7,3% del Pil nel 2009 al 6,7% nel 2016, un calo dell'8,2%) e la assoluta stabilità della spesa sanitaria privata, ferma al 2,1% del Pil dal 2011.

Nel riportare questi dati occorre ricordare, incidentalmente, che tutti i valori qui indicati in decremento possono essere letti al contrario come valori in aumento se espressi in valori assoluti, riferendosi ad un Pil che annualmente incrementa.

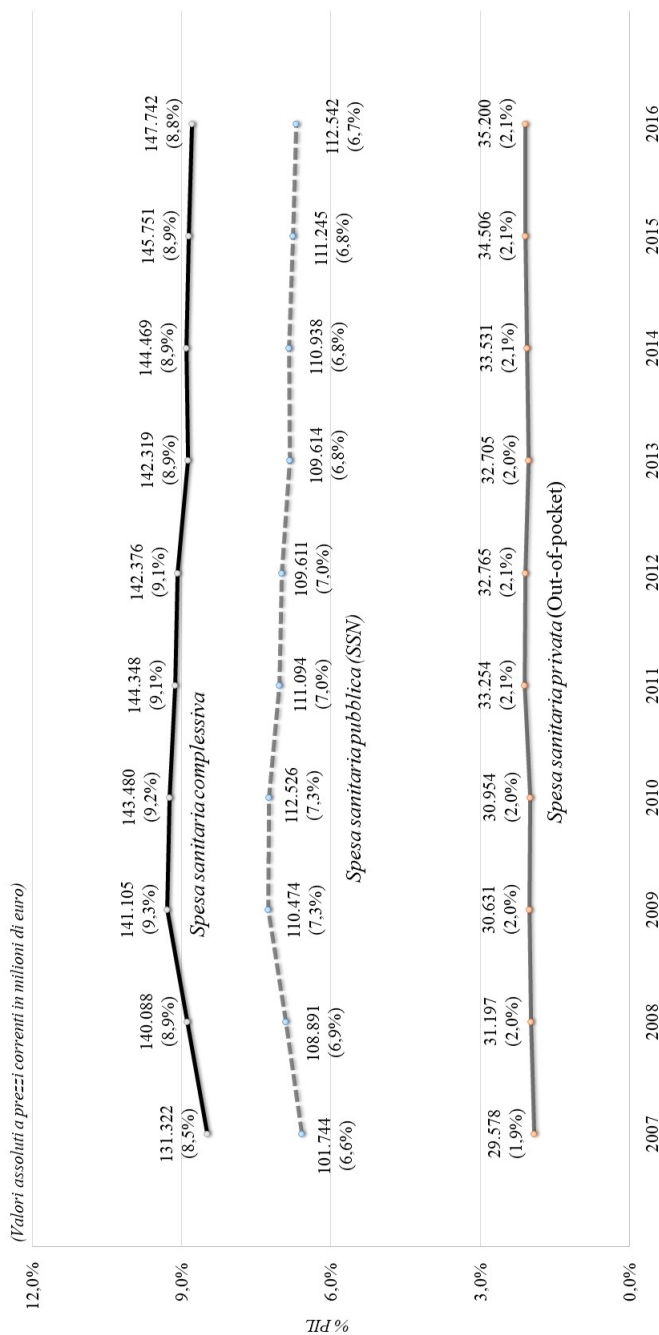
Riteniamo tuttavia che la corretta valutazione delle risorse destinate alla sanità debba essere fatta su percentuali di Pil e non su valori assoluti, come è peraltro prassi consolidata a livello internazionale, a partire dalle elaborazioni Ocse. E a sostegno indiretto di questa tesi interviene la stessa Corte dei Conti (tab. 1) che considera nel quinquennio 2014-2018 una riduzione del finanziamento pubblico della sanità superiore ai 10 miliardi di euro, pur in presenza di un incremento dei valori assoluti.

Sulla base delle evidenze fin qui riportate possiamo a questo punto formulare le prime osservazioni riferite al futuro.

Se la dinamica complessiva della spesa pubblica italiana resterà ferma (e a molti questo sembra già una ipotesi ottimistica), se la spesa sanitaria pubblica si avvicinerà pericolosamente al valore del 6,5% del Pil indicato dall'Oms come limite di sostenibilità per sistemi sanitari universalistici, e se la spesa sanitaria privata rimarrà ferma, le risorse complessive per la sanità riducendosi progressivamente potrebbero generare una modificazione profonda del sistema *Beveridge* italiano.

Questa previsione sembra rafforzata anche dai documenti ufficiali.

Fig. 5 - Spesa sanitaria italiana pubblica e privata, Anni 2007-2016 (Valori assoluti e percentuale sul PIL)



Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, Anni 2011-2017); Istat, Consumi finali delle famiglie

Tab. 1 – Saldi - Obiettivi di finanza pubblica a carico del fondo per il Ssn

Contributo agli obiettivi di finanza pubblica	Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale			
	2014	2015	2016	2017
- DEF 2014 (previsioni di spesa)	111.474	113.703	116.149	118.680
- Patto per la Salute 2014-2016	109.928	112.062	115.444	
- L. 190/2014, art. 1, co. 167 e 556		112.067	115.449	
- L. 190/2015, co. 398 (Intesa del 26.2.2015)		-2.352		
- DEF 2015 (previsioni di spesa)		111.289	113.372	115.509
- D.L. 78/2015, art. 9-septies		109.715	113.097	
- L. 208/2015, art. 1, co. 568			111.000	
- L. 208/2015, co. 680 (Intesa del 11.2.2016)				-3.500
- Rideterminazione fabbisogno (Intesa del 11.2.2016)				113.063
- DEF 2016 (previsioni di spesa)			113.376	114.789
- L. 232/2016, art. 1, co. 392				113.000
<i>Livello del finanziamento</i>	<i>109.928</i>	<i>109.715</i>	<i>111.000</i>	<i>113.000</i>
<i>Riduzione del finanziamento (effetto cumulato)</i>		<i>2.352</i>	<i>4.449</i>	<i>8.012</i>
Fonte: Corte dei Conti – Relazione 2017 sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizio 2015				

4. La cultura del disinvestimento

I documenti della *spending review* affidata dal Governo Letta a Carlo Cottarelli furono pubblicati, successivamente, dal Governo Renzi. Non divennero attuativi, ma sicuramente esprimono una cultura e una visione tuttora non estranea alla tecnostuttura governativa, e si inseriscono in un contesto di studi ed elaborazioni importanti.

Su questi temi siamo già intervenuti² commentando ampiamente il Rapporto Giarda del 2012, nel quale ricordiamo comparire la nozione di “spesa aggredibile”, indicando fra essa anche la spesa sanitaria.

In realtà, un’attenta lettura del Rapporto consente di apprezzare le cautele apposte dall’autore proprio sulla spesa sanitaria, ma ben descrivono un clima complessivo. Clima che più semplicemente traspare nel testo redatto dal gruppo di lavoro guidato da Cottarelli che si esprime sulla sanità nelle “Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014-2016)”, datato 18 marzo 2014.

Il documento, a pag. 49, riporta le tabelle con gli obiettivi di spesa pubblica per funzioni (tab. 2) e come si vede, il *benchmark* per la spesa pubblica sanitaria previsto per il 2016, scende drasticamente al 5,25% del Pil. E rispetto a questa proposta occorre incidentalmente notare che in area Ocse solo sei Paesi si collocano su questi livelli: Cile, Corea del Sud, Polonia, Estonia, Lussemburgo, e – con l’eccezione del Lussemburgo che non ha una dimensione comparabile con i grandi Paesi Ue – non si tratta certo di Paesi con sistemi sanitari universalistici ed efficaci.

Se la previsione Cottarelli può essere considerata espressione di un certo radicalismo contabile, comprensibilmente insensibile ai risvolti sociali, ben diversa rilevanza pratica assume il Documento di Economia e Finanza elaborato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero dell’Economia e approvato dal Parlamento nell’ottobre 2017.

In esso, come si vede in figura 6, il livello di finanziamento per il Ssn scende di un decimo di punto del Pil dal 2018 al 2020, arrivando a valori del 6,3%. E qui siamo sotto la soglia di sostenibilità del 6,5% dell’Oms.

² Pelissero G., “Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale”, in *Ospedali&Salute. Decimo Rapporto Annuale 2012*, FrancoAngeli, 2013; Pelissero G., “Competizione, sostenibilità e qualità nel futuro del SSN”, in Pelissero G. e Mingardi A. (a cura di) *Competizione, sostenibilità e qualità. Quale futuro per il welfare sanitario italiano?*, IBL Libri, 2014.

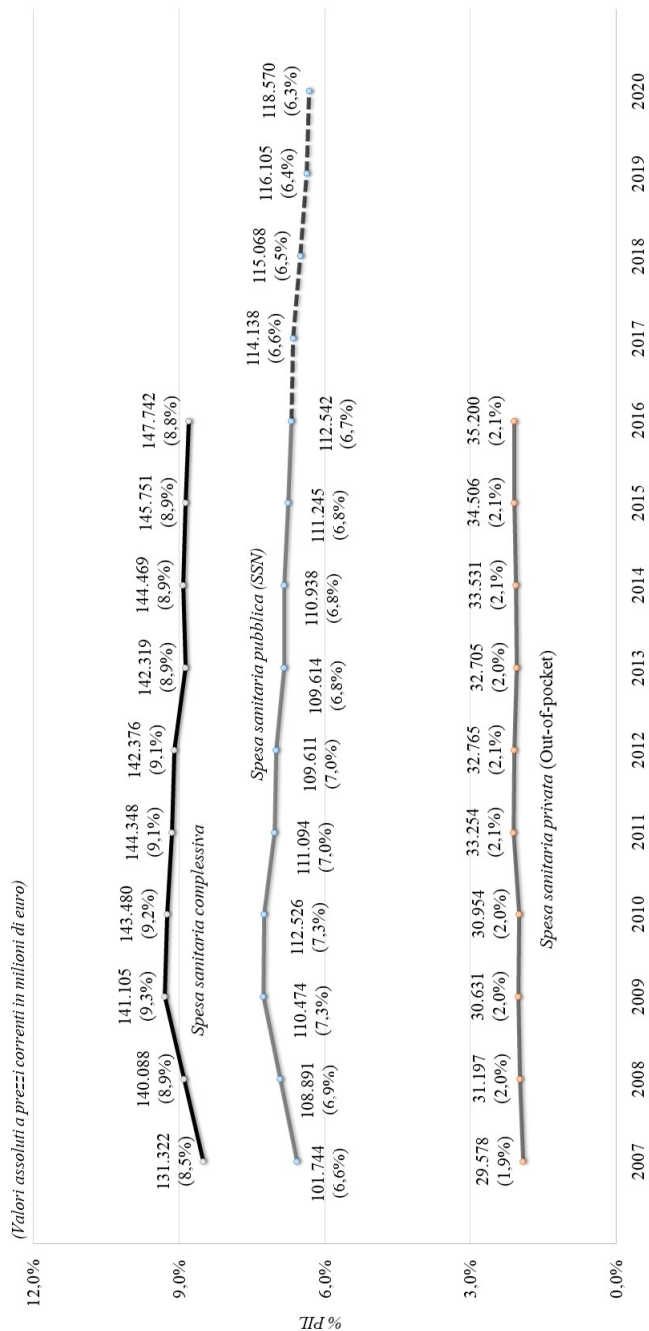
Tab. 2 – Commissario Straordinario per la revisione della spesa. Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014-2016)
Distribuzione della spesa primaria delle pubbliche amministrazioni per funzioni (in percentuale del Pil potenziale)

	Italia (a)	Euro area (b)	Benchmark (c)	Differenza rispetto al benchmark (a - c)
- Servizi pubblici generali	3,55	3,53	2,55	1,00
- Difesa	1,10	1,25	0,90	0,20
- Ordine pubblico e sicurezza	2,23	1,73	1,25	0,98
- Affari economici	3,35	4,18	3,02	0,33
- Protezione dell'ambiente	0,84	0,86	0,62	0,21
- Abitazioni e assetto territoriale	0,64	0,90	0,65	-0,01
- Sanità	7,05	7,28	5,25	1,79
- Cultura e istruzione	4,50	6,26	4,52	-0,01
- Protezione sociale (escluse pensioni)	3,74	8,00	5,77	-2,04
<i>Totale</i>	<i>26,99</i>	<i>33,98</i>	<i>24,53</i>	<i>2,46</i>

Nota: La spesa primaria totale si riferisce al preconsuntivo AMECO per il 2013. La composizione della spesa per l'area dell'euro al 2013 si basa sulla composizione nel 2011 (dati Eurostat-COFOG). Per l'Italia la composizione della spesa nel 2013 si basa sui più recenti dati disponibili. La voce "Difesa" per l'Italia esclude la spesa per i Carabinieri, imputata alla categoria "Ordine pubblico e sicurezza". I Paesi dell'area dell'euro considerati sono: Belgio, Germania, Irlanda, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Austria e Finlandia. Il *benchmark* è costituito dalla spesa europea corretta per tener conto del vincolo per l'Italia dovuto alla maggiore spesa per interessi e al diverso *medium-term objective* (MTO), nonché della riduzione della spesa prevista per gli altri Paesi necessaria per raggiungere il proprio MTO. Si è tenuto conto anche della parziale rigidità delle pensioni (escluse dalla tabella), la cui correzione è assunta pari a circa 0,2 per cento potenziale.

Fonte: *Commissione Europea (AMECO) ed Eurostat*

Fig. 6 - Spesa sanitaria italiana pubblica e privata, Anni 2007-2020 (Valori assoluti e percentuale sul PIL)



Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, Anni 2011-2017); Istat, Consumi finali delle famiglie

5. La situazione attuale

A fronte di una prospettiva finanziaria di questo tipo, dobbiamo a questo punto esaminare meglio la situazione operativa attuale del Ssn, sotto il profilo dell'utilizzo delle risorse, delle principali attività operative e del giudizio dei cittadini.

Considerando l'utilizzo delle risorse, la figura 7 mostra, in estrema sintesi, la distribuzione della spesa sanitaria italiana per le principali voci.

Per ciò che attiene alla spesa pubblica, che purtroppo continua nei dati ufficiali ad essere aggregata in modo tale da non essere non del tutto chiaramente leggibile per funzioni, si osserva che continua a gravare, per quasi due terzi, su voci come personale e acquisto di beni e servizi, che per la stessa ammissione del Governo ha margini di efficientamento significativi.

La spesa per acquisto di beni e prestazioni da operatori non pubblici (farmaceutica 7%, ospedaliera 7%, specialistica 3,6%) si mostra invece contenuta, e là dove è possibile effettuare una comparazione fra pubblico e privato (fig. 8) mostra elevati livelli di efficienza.

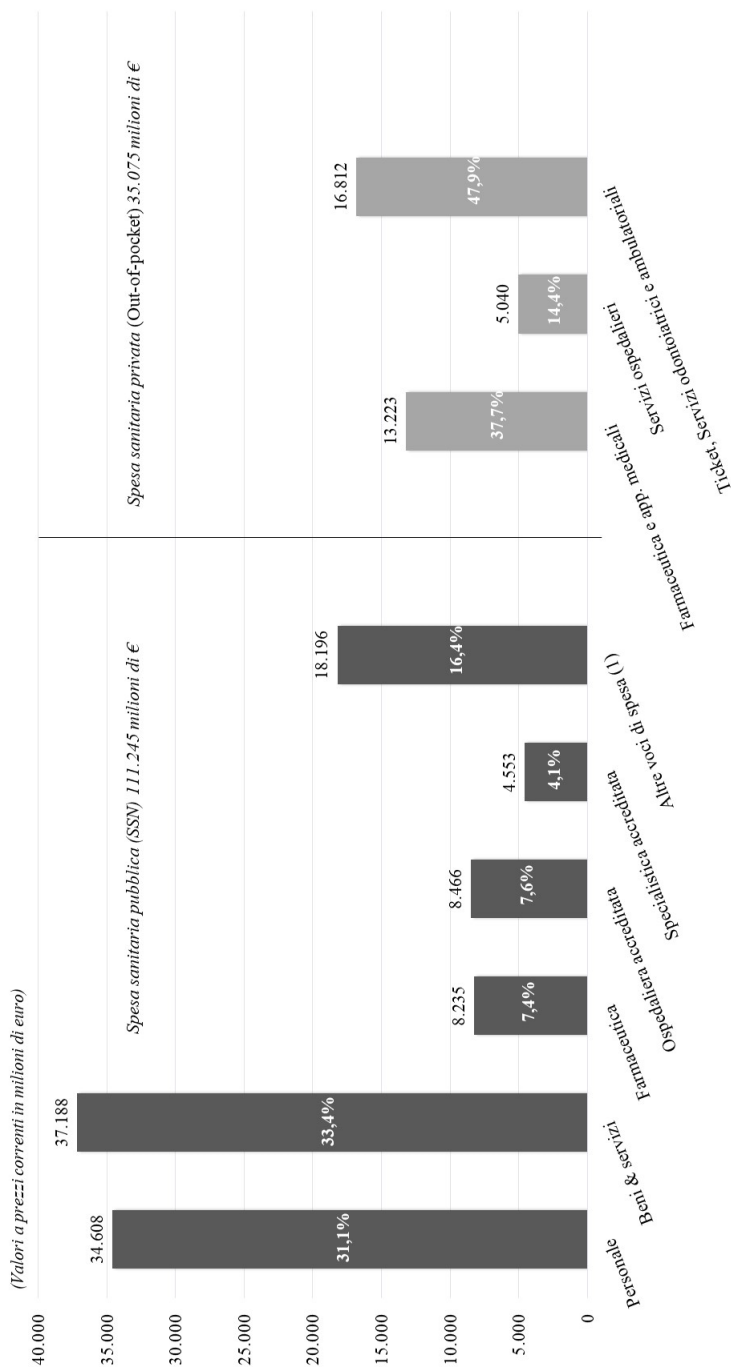
Basti rilevare come il 28,3% dell'attività ospedaliera erogata da operatori di diritto privato assorba solamente il 13,6% dell'intera spesa ospedaliera (stimata).

Dobbiamo rilevare a questo punto, incidentalmente, l'esistenza di una situazione apparentemente paradossale. Come spiegare infatti che un sistema complessivamente sottofinanziato (come abbiamo visto al precedente paragrafo 2), che è ancora in grado di assicurare un elevato numero di prestazioni, possa essere contemporaneamente afflitto da bassi livelli di efficienza, come appare vistosamente nel rapporto fra costi e produzione nel comparto a gestione pubblica rilevabile in figura 8?

Il paradosso a nostro giudizio trova spiegazione in una pluralità di fattori, quali un complessivo basso livello di costi e remunerazioni rispetto agli altri Paesi europei confrontabili, livelli di investimento e ammortamenti molti limitati nella componente aziendale di diritto pubblico, un significativo vantaggio di efficienza dovuto alla presenza ormai rilevante di operatori di diritto privato che lavorano a costi più bassi, una elevata migrazione di pazienti fra le Regioni che alleggerisce notevolmente i costi e la pressione in quelle più disfunzionali e inefficienti. E assieme a tutto questo una buona qualità diffusa delle principali figure professionali, a partire dai medici, e probabilmente una minore aspettativa di qualità in una parte non piccola degli utenti.

Resta da meglio comprendere il fenomeno dell'inefficienza gestionale delle aziende di diritto pubblico. A nostro giudizio ciò dipende da alcuni limiti intrinseci alla gestione pubblicistica, che impedisce il pieno dispiegarsi

Fig. 7 - Spesa sanitaria italiana pubblica e privata per voci di spesa, Anno 2015



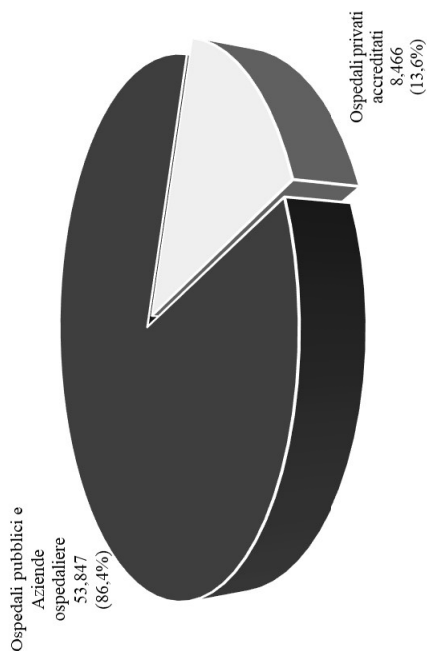
(1) Le altre voci di spesa sanitaria pubblica comprendono: assistenza sanitaria di base, altra assistenza riabilitativa, assistenza integrativa e protesica (protesi, ortesi e ausili prescritti dagli specialisti), spese generali, imposte e oneri finanziari.

Fonte: Corte dei Conti, Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica, Istat, Consumi finali delle famiglie

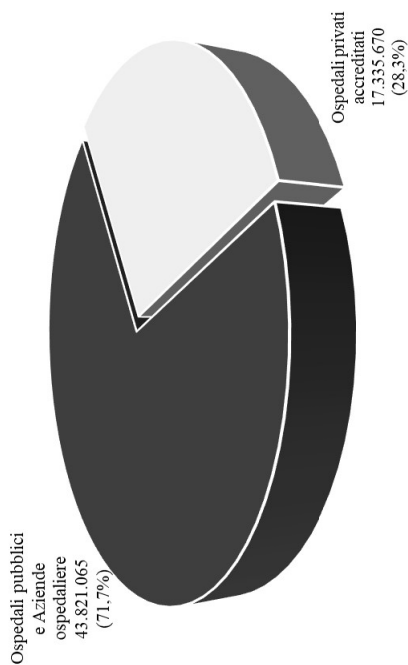
Fig. 8 - Attività ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale: confronto pubblico-privato accreditato in termini di spesa pubblica e produzione.
Anno 2015

Spesa per gli ospedali pubblici e per gli ospedali privati accreditati (nel loro complesso): 62,313 miliardi di euro

(Valori assoluti in miliardi di euro)



Giornate di degenza negli ospedali pubblici e negli ospedali privati accreditati (nel loro complesso): 61.156.735



Fonte: Corte dei Conti, Rapporto 2017 sul coordinam. della finanza pubblica; Ministero della Salute, Rapporto SDO 2015

dell'attività di efficiente amministrazione che pure lo stesso management pubblico sarebbe in grado di effettuare.

Per essere più espliciti, nella gestione delle aziende del Ssn a proprietà pubblica, cioè di proprietà delle Regioni, le necessità del proprietario di mantenere un ampio consenso sociale frenano inevitabilmente le più incisive azioni di efficientamento che le Direzioni aziendali potrebbero effettuare, innescando un circolo vizioso che permette di coprire il disavanzo con un supplemento di finanziamento.

Proprio per ovviare a questo limite, da tempo abbiamo proposto³ che le aziende sanitarie e ospedaliere a gestione pubblica che presentino per tre anni successivi disavanzi di bilancio vengano affidate per un tempo sufficiente a un gestore imprenditoriale.

Ma occorre anche dire che tutto questo non basterebbe senza una riforma più ampia, che torni a porre la prestazione effettivamente erogata al cittadino al centro dell'attenzione del sistema e del complessivo metodo di finanziamento, ripristinando il metodo di pagamento a prestazione che i DD.Lgs. 502 e 517 all'inizio degli anni '90 avevano cercato di introdurre, e che non ha mai trovato applicazione nella componente aziendale di diritto pubblico, saldamente attestata sull'inefficiente metodo del finanziamento a costi.

Per quanto infine riguarda la spesa sanitaria privata, sempre la figura 7 mostra come in larghissima misura essa si rivolga all'acquisto di prestazioni escluse dai LEA (come l'odontoiatria) o di presidi non intermediabili (farmaci e apparecchiature medicali), destinando una parte relativamente esigua a prestazioni che sono anche erogate dal Ssn.

Se ciò è vero, dobbiamo pensare che la spesa sanitaria *out-of-pocket* attuale sia difficilmente modificabile, e che la quota oggi destinata all'acquisto di prestazioni corrispondenti a quelle erogate dal Ssn sia molto piccola e non in grado, a valori attuali, di compensarne una progressiva riduzione delle prestazioni finanziate con la spesa sanitaria pubblica.

L'effetto complessivo di questa progressiva riduzione delle risorse si legge con chiarezza nell'analisi del fenomeno della mobilità dei pazienti, che per caratteristiche e dimensione rappresenta una peculiarità del Ssn italiano.

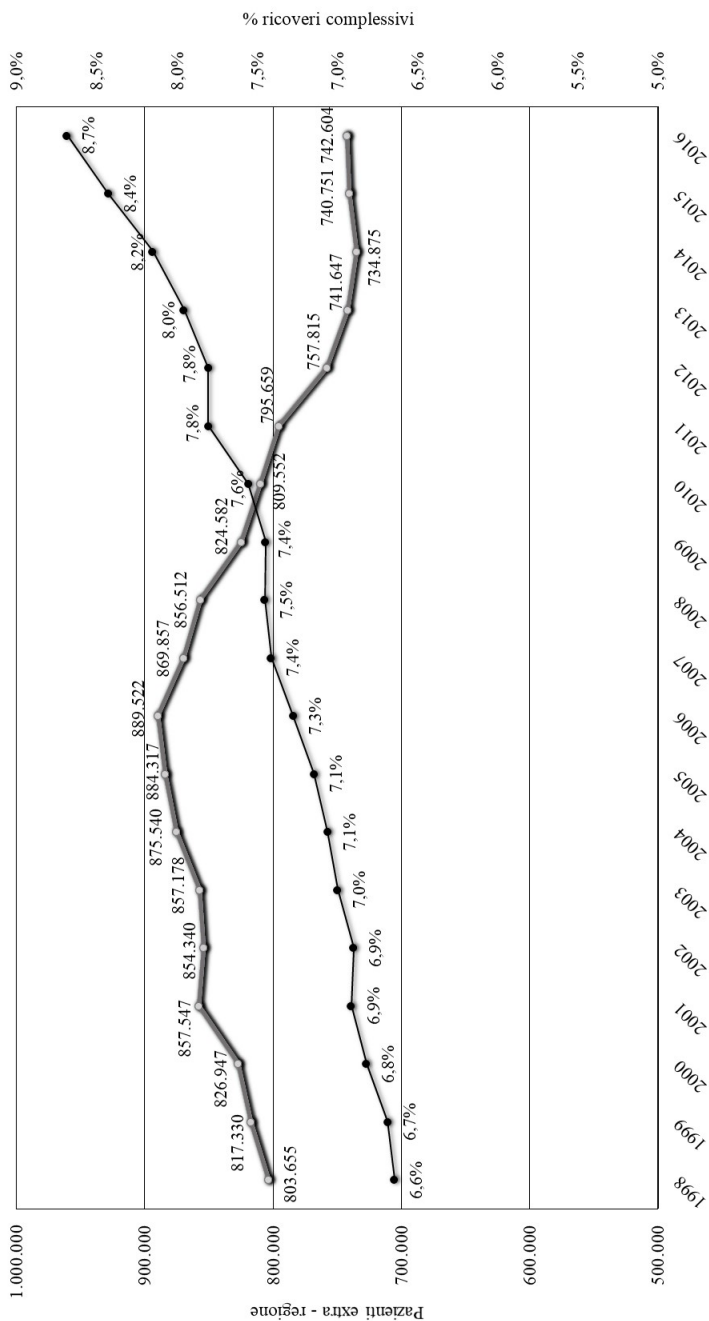
A questo proposito la figura 9 ben evidenzia alcuni aspetti rilevanti.

Il primo è rappresentato dall'andamento temporale, che vede la mobilità interregionale dei pazienti che richiedono un ricovero ospedaliero al di fuori della propria Regione di provenienza, in continua crescita da quasi 20 anni.

In realtà, il numero assoluto dei pazienti in mobilità decresce a partire dal 2006, pur rimanendo costantemente al di sopra dei 700.000 casi all'anno, ma

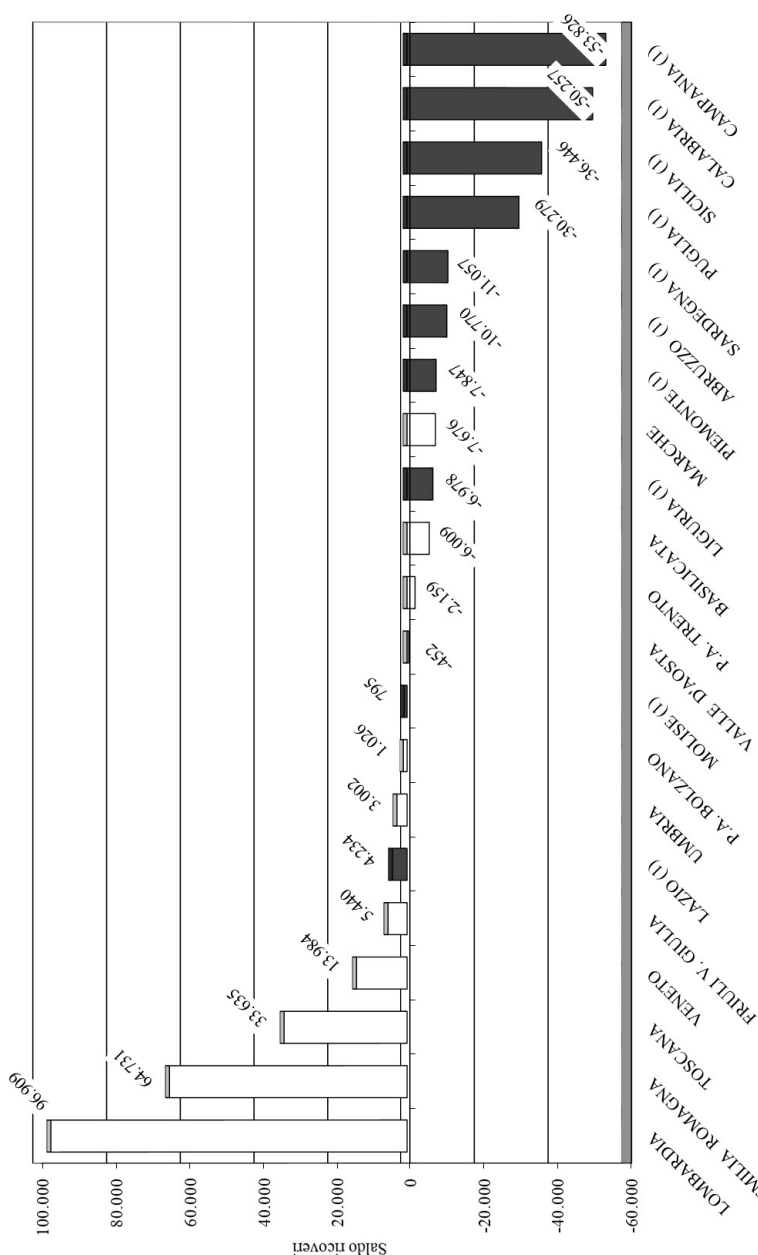
³ Pelissero G., "Giro di boa", in *Ospedali&Salute. Tredicesimo Rapporto Annuale 2015*, FrancoAngeli, 2016.

Fig. 9 - I flussi di mobilità nel tempo - Totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. Anni 1998-2016



Nota: comprende acuti ordinari e DH, riabilitazione ordinaria e DH, lungodegenza.
Fonte: elaborazioni Atop su dati Ministero della Salute - Matrici di mobilità interregionale, Anni 1998-2016

Fig. 10 - Saldi di mobilità interregionale - Totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. Anno 2016



(1) Regioni che sono state o sono attualmente assoggettate a Piani 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 2016

ciò è conseguenza della generale tendenza alla riduzione del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario. Invece, la percentuale di mobilità sul totale dei ricoveri risulta in costante crescita, e anzi incrementa ulteriormente a partire dal 2011, proprio in corrispondenza del dispiegarsi delle azioni di contenimento della spesa sanitaria pubblica.

Appare dunque evidente che fattori di criticità nella capacità di erogare prestazioni da parte del Ssn sono presenti e operanti, e sono distribuiti in modo disuguale fra le varie Regioni.

Non sorprende, a questo proposito osservare in figura 10 come le Regioni che sono o sono state in piano di rientro sono anche quelle con saldi passivi di mobilità.

I pazienti italiani di queste Regioni, dunque, sono sempre più spinti a ricercare le cure al di fuori del proprio territorio, con evidente propensione per i sistemi sanitari regionali che conservano maggiori margini di efficacia e di efficienza.

Per quanto attiene al giudizio dei cittadini, ci limiteremo qui a ricordare l'indagine Censis-Rbm presentata nel giugno 2017, secondo la quale nel 2016 oltre il 20% degli italiani, circa 12,2 milioni di cittadini, avrebbe rinunciato o rinviato prestazioni sanitarie (1,2 milioni in più rispetto al 2012). Di questi, il 18% sono cittadini del Nord-Ovest, il 15% del Nord-Est, il 39% del Centro e il 28% del Sud e Isole, con una quota di persone anziane coinvolte pari a 2,4 milioni.

Sono dati che richiedono un approfondimento e probabilmente possono essere interpretati in modo non necessariamente drammatico, anche in relazione alla tipologia delle prestazioni rinviate, ma restano una sicura espressione di un malessere crescente.

6. Quale futuro?

Le difficoltà e le criticità che fin qui abbiamo sistematicamente evidenziato debbono essere iscritte, ovviamente, all'interno di un più generale contesto socio-economico, conseguenza di un complesso di fattori di lungo periodo, la cui disamina esula totalmente da queste note.

È bene anzi ricordare che, in una situazione generale del Paese non facile, la sanità italiana nella sua interezza può legittimamente vantare significativi risultati, che vanno dalla diffusa alta qualità professionale alla riconosciuta produttività scientifica, e soprattutto dalla capacità di mantenere malgrado tutto un ragionevole livello di universalità, seppur ottenuto con un rilevante strutturale ricorso alla mobilità dei pazienti.

Tuttavia resta indiscutibile un trend orientato alla riduzione delle risorse, unito a non risolte criticità nella *governance* dei sistemi sanitari regionali e della rete di aziende di diritto pubblico.

Quali prospettive tutto ciò apre al futuro?

Le risposte a domande di questo tipo non possono che essere multiple, perché derivanti da quali scelte di politica sanitaria verranno effettuate su alcuni aspetti fondamentali, e che abbiamo cercato di esemplificare in figura 11.

Il primo di questi, inevitabilmente, riguarda le risorse impiegate a partire dalla spesa pubblica sanitaria.

È ovvio infatti che una netta inversione di tendenza, che la riporti nei prossimi anni a valori superiori al 7% del Pil, disegnerebbe uno scenario ottimistico con incrementi quali-quantitativi delle prestazioni.

Possiamo solo auspicare che questo sia il nostro futuro.

Ma se non sarà così?

La questione si pone in questo caso in modo diverso a seconda che la percezione della crescente difficoltà operativa dei sistemi sanitari regionali induca a consolidarsi intorno all'attuale 6,7% del Pil di spesa sanitaria pubblica, o se si dovesse davvero determinare la discesa programmata del Def fino al 6,3% o addirittura la drastica contrazione prevista dalla *spending review* più radicale, indicata nel Rapporto Cottarelli.

Il consolidamento dei livelli attuali di spesa potrebbe determinare un sostanziale galleggiamento del sistema, con livelli quali-quantitativi corrispondenti a quelli attuali, ma inevitabilmente escludendo dalle prestazioni erogabili buona parte dell'innovazione che potrà generarsi nei prossimi anni.

È probabile che una situazione di questo tipo porti nel tempo ad un certo incremento della spesa privata, sia *out-of-pocket* che intermediata, con una netta stratificazione sulle fasce di popolazione e sui territori con maggiori disponibilità economiche.

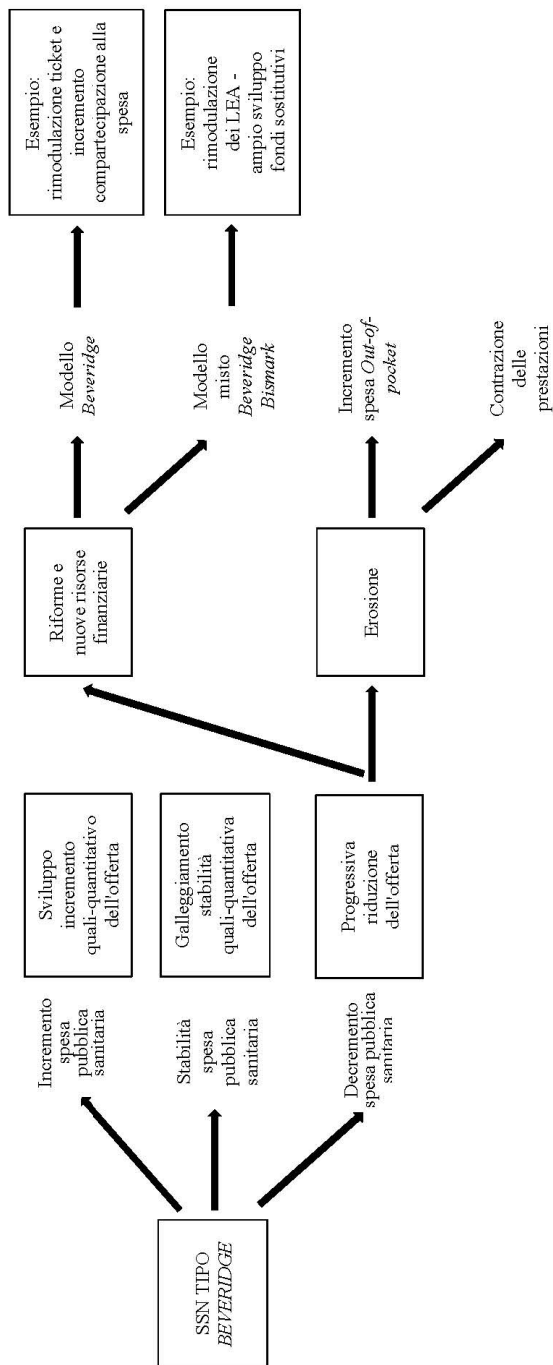
Un drastico progressivo decremento della spesa pubblica sanitaria aprirebbe invece scenari molto vari e innovativi, conseguenti alle linee di politica sanitaria adottata.

Con estrema semplificazione abbiamo a tale proposito ipotizzato due possibili scenari, rappresentati il primo dallo stabile riferimento di risorse finanziarie aggiuntive e il secondo da una condivisione di erosione permanente del sistema.

Presupposto del primo è l'adozione di precisi e consapevoli interventi normativi di tipo strutturale, rivolti a reperire risorse aggiuntive.

In termini generali i percorsi possibili sono di due ordini. Il primo, che si presenta come sostanzialmente conservativo del modello *Beveridge* originario del Ssn, può essere rappresentato da iniziative che amplino i livelli di

Fig. 11 - Scenari futuri



compartecipazione della spesa pur conservando il modello di finanziamento attuale. L'esempio più semplice può essere rappresentato da una forte azione sui ticket, limitando l'esenzione per patologia alle più basse fasce di reddito. Possiamo inoltre ricordare che nel passato sono state ipotizzate in questa prospettiva interventi anche più incisivi, quali l'estensione dei ticket a prestazioni ospedaliere o l'introduzione di imposte di scopo a sostegno di diversi tipi di prestazione. Non ci addentreremo qui nelle ovvie considerazioni sull'estrema impopolarità di queste misure, ampiamente sperimentata nel passato.

Il secondo percorso interviene in modo più radicale sul modello *Beveridge* introducendo elementi di tipo *Bismarck* e pervenendo così ad una tipologia molto innovativa e poco sperimentata di sistema sanitario.

Il presupposto di questo approccio consiste nella riduzione del perimetro dell'universalità garantita dal Ssn, con una modulazione in senso riduttivo dei LEA, che per ragioni sociali potrebbe essere limitata alle fasce di popolazione in grado di sostituire la copertura con strumenti collettivi sostanzialmente di tipo mutualistico.

Un percorso che forse non sarebbe in contrasto con lo stesso dettato costituzionale.

Un approccio di questo tipo necessita indubbiamente di un deciso intervento normativo, ma soprattutto di un vasto livello di consenso sociale, soprattutto nel mondo del lavoro e nelle sue rappresentanze sindacali e datoriali.

Un passaggio anch'esso, a prima vista, indigesto, ma forse non così privo di qualche attrattività, soprattutto alla luce di un potenziale ruolo più attivo e responsabile da parte di tutti gli attori impegnati nei settori produttivi.

E in questo senso vale ricordare che questo scenario apre prospettive di soluzioni istituzionali nel governo del welfare sanitario che ad esempio in Germania si sono rivelate molto solide e funzionali, e che vedono nel ruolo di regolatori una salda presenza delle organizzazioni sindacali e datoriali e dei territori.

Tutte le soluzioni che qui abbiamo sinteticamente accennato richiedono, lo ripetiamo, una esplicita e forte visione riformatrice, per realizzare sistemi organizzativi coerenti e efficaci.

E se questo non avvenisse?

In costanza di un decremento progressivo della spesa pubblica senza soluzioni compensative non potremmo che assistere a una corrispondente erosione del sistema di welfare sanitario, con ogni probabilità aggravata da crescenti disparità territoriali e gravi cadute nell'universalità e nell'equità.

A questo scenario farebbero inevitabilmente riscontro un incremento incontrollato della spesa *out-of-pocket*, una generale contrazione delle prestazioni e una forte sofferenza sociale.

7. La posizione di Aiop

Nell'incertezza del futuro che abbiamo descritto, la presenza in Italia di una grande rete di erogatori ospedalieri di diritto privato rappresenta, come già detto, un vantaggio rilevante per il Ssn, una opportunità preziosa per erogare prestazioni con elevati livelli di efficienza, e una riserva di operatività nell'eventualità di crisi produttive nel comparto a gestione pubblica.

Tutto questo è molto ma non basta, perché senza l'adozione di politiche sanitarie adeguate la rete Aiop, anche integrata dagli altri operatori ospedalieri di diritto privato, non sarà da sola sufficiente a garantire l'universalità delle prestazioni.

Ma un ulteriore importante vantaggio per la sanità italiana che deriva da questa presenza è dato dalla indubbia capacità di questa rete di aziende di adattarsi all'evoluzione dei modelli organizzativi, modificando la propria organizzazione interna e conservando, entro limiti ragionevoli, la capacità di investire sul cambiamento. Questa flessibilità, che è la conseguenza del pluralismo degli erogatori che fra tanti contrasti si è affermato nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, è un valore per tutto il Paese.

L'auspicio, che le difficoltà del futuro rendono ancora più pressante, è che di questo valore siano sempre più consapevoli i Governi nazionali e regionali, su cui incombe il dovere di garantire la salute dei cittadini.

Introduzione

Nel Rapporto *Ospedali&Salute* dello scorso anno si è messo in evidenza il processo di tipo deflattivo che ha investito il sistema sanitario pubblico italiano nel corso degli ultimi cinque anni: limitando la spesa, non affrontando adeguatamente le inefficienze della “macchina”, trasferendo il più possibile l’azione della *spending review* sui finanziamenti attribuiti ai soggetti privati accreditati e dando origine ad un razionamento di fatto delle prestazioni rivolte agli utenti.

Ed è proprio sul progressivo “affaticamento” di questi ultimi che si sono via via consolidate le strategie di reazione attiva da parte dei pazienti e delle loro famiglie, argomento su cui si è orientata l’attenzione del Rapporto *Ospedali&Salute 2017*.

Quando l’accesso alle prestazioni diventa più lento, più difficile ed economicamente più costoso, mentre queste ultime sono (o vengono percepite) come non adeguate, i comportamenti reattivi diventano inevitabili e tendono ad assumere le forme più diverse (ovvie e meno ovvie e, talvolta, addirittura improprie).

Tale logoramento delle prestazioni è diventato sempre più consistente nel corso del tempo e questo viene ribadito dall’andamento di alcuni fenomeni, su cui sono stati espressamente interrogati i *care-giver*, come ad esempio¹:

- l’insoddisfazione crescente verso il sistema sanitario della propria Regione (che era tale per il 21,3% nel 2015, ma sale al 32,2% nel 2017 che però diventa il 51,3% nel Mezzogiorno);
- la difficoltà di reperire informazioni affidabili nel momento in cui si deve scegliere l’ospedale più adatto per il paziente (era avvertita dal 29,7% nel 2014 e diventa il 38,2% nel 2017, ma viene dichiarata dal 48,9% degli intervistati residenti nel Sud);

¹ Cfr. Parte prima/Tavola 14, pagg. 76-77.

- la scarsa e/o nulla sensazione di “essere messi al centro” come pazienti (sensazione che a sua volta cresce dal 19,3% del 2014 al 32,4% nel 2017, diventando il 41,3% per i *care-giver* del Mezzogiorno);
- il non adeguato collegamento tra la fase delle dimissioni ospedaliere e quella dell’accesso ai servizi socioassistenziali-post ricovero come strutture di riabilitazione o di lungodegenza, Rsa, servizi di assistenza a domicilio (tale mancata continuità delle cure è stata dichiarata dal 18,1% nel 2014 e diventa il 21,2% nel 2017 ma è ancora più forte nel Sud, col 28,5%);
- i ripetuti rimandi e/o rinunce alle cure da parte delle persone che ne avrebbero avuto bisogno nell’ultimo anno, i quali interessano il 26,8% delle famiglie italiane nel 2017, ma il 20% di queste ultime hanno già sperimentato rimandi e/o rinunce nell’anno 2016 e un ulteriore 16,5% delle medesime hanno dovuto affrontare analoghi problemi anche nel 2015 (a causa di difficoltà economiche, di liste di attesa troppo lunghe, di problemi di tipo burocratico di accesso alle prestazioni o di razionamento di queste ultime).

A fronte dei disagi che si sono gradualmente accumulati (ed acuiti) specie negli ultimi 6-7 anni si è venuto perciò consolidando un insieme di strategie di reazione da parte dei pazienti e delle loro famiglie, le quali possono assumere la forma²:

- del ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento, in alternativa alle strutture pubbliche (41% nel primo caso e 20% nel secondo caso), vista soprattutto la minore attesa per le prestazioni e la maggior fiducia nell’ospedale accreditato e nei medici che vi operano;
- ma anche del ricorso a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni rispetto a quella in cui si è residenti: i *care-giver* che hanno fatto e/o sono orientati a fare concretamente tale esperienza o a prenderla in considerazione in caso di bisogno passano dal 28,2% del 2016 al 47,7% del 2017, con motivazioni legate alla maggiore qualità dei servizi ospedalieri, alla presenza di personale medico di fiducia e di specializzazioni che non esistono nelle strutture regionali come pure anche a causa di liste di attesa troppo lunghe;
- mentre cresce gradualmente nel tempo il livello di consapevolezza circa l’opportunità di utilizzare ospedali privati accreditati in alternativa a quelli pubblici senza oneri aggiuntivi per gli utenti (dal 35,5% del 2009 al 39,3% del 2017), di rivolgersi ad ospedali situati al di fuori della propria Regione (da parte del 31%-32% dei cittadini intervistati) o addirittura

² Cfr. Parte prima/Tavola 15, pagg. 84-84.

di recarsi, per prestazioni sanitarie e ospedaliere, in strutture situate in altri Paesi dell'Unione Europea (da 14,1% nel 2013 a 18,5% nel 2017).

Vicino alle strategie sin qui richiamate va citato anche un uso (non di rado improprio) del Pronto Soccorso da parte dei cittadini, quale strada alternativa di accesso ai servizi ospedalieri, tanto da far dire a questi ultimi che preferiscono (nel 26,8% dei casi) adottare tale “scorciatoia” qualora le liste di attesa per le visite specialistiche o per gli accertamenti diagnostici o ancora per i ricoveri risultino troppo lunghe³.

Infine va richiamata una strategia fondamentale (e facile, qualora si disponga di risorse adeguate) come è quella dalla spesa *out-of-pocket* da parte delle famiglie italiane. Tale spesa è cresciuta del 22,4% negli ultimi 10 anni, mentre la spesa sanitaria pubblica totale è lievitata solo del 14,2% a prezzi correnti⁴. E peraltro il 77,4% dei *care-giver*, appositamente intervistati sul tema, dichiara di aver sostenuto in proprio delle spese sanitarie e/o delle spese assistenziali per sé e/o per altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi delle strutture pubbliche o a quelli delle strutture private accreditate.

Nell'ambito delle spese sanitarie le famiglie hanno dovuto investire 7,6 miliardi di euro specificamente per i ticket e per le varie forme di compartecipazione alla spesa, allo scopo di accedere ai servizi forniti dal pubblico⁵. Tale importo tuttavia finisce con l'incrementare, nei fatti, la spesa sanitaria pubblica del 6,7% rispetto a quella finanziata attraverso il Fondo Sanitario Nazionale. Il risultato è che, a titolo di esempio, i 113,7 miliardi di euro per la spesa sanitaria pubblica totale del 2016 salirebbero a 121,3 miliardi di euro qualora vi si comprendessero anche i costi per i ticket e per la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti.

Resta poi ancora largamente aperta e non risolta in maniera adeguata la capacità del sistema ospedaliero pubblico di affrontare le proprie inefficienze come l'analisi dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere ha permesso anche di mettere in luce quest'anno. Tale analisi ha evidenziato alcune specifiche “anomalie”, qualora si metta a confronto l'andamento di alcune voci nell'ultimo quadriennio, a cui è seguito un approfondimento, in particolare, delle cosiddette attività “a funzione”, le quali – da sole – arrivano a superare non di rado il 40% dei Ricavi della Produzione Ospedaliera + i Ticket, ma possono arrivare anche al 50% e talvolta al 60% e oltre. L'analisi delle attività “a funzione” ha permesso di stimare gli extraricavi che ne derivano e che possono comprendere delle forme implicite di ripianamento (parziale o

³ Cfr. Parte prima/Tavola 15, pag. 83-84.

⁴ Cfr. Parte prima/Tavola 11, pag. 67.

⁵ Cfr. Parte prima/Tavola 12, pagg. 71-71 e Tavola 13, pag. 73.

totale) di bilancio. Tali extraricavi possono essere valutati (per le Aziende Ospedaliere e per gli Ospedali a gestione diretta) in una cifra che si colloca all'interno di una "forchetta" che va dai 3,2 ai 4,1 miliardi di euro, ammontare questo che incide tra il 6,0% e il 7,5% sulla spesa totale degli ospedali pubblici⁶.

L'insieme delle considerazioni sin qui avanzate consente di affermare che il Patto sul Welfare, basato sui principi di universalità e di solidarietà, di cui abbiamo goduto per quasi quarant'anni, risulta oggi significativamente indebolito ed anzi corre il rischio di una seria rottura, poiché non possono certo bastare le strategie di tipo reattivo, messe in atto dagli utenti, per compensare le crescenti debolezze dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale, che peraltro si sono accumulate nel corso del tempo con un sovraccarico di disagi sempre più evidente.

La verità è che sarebbe maturo il tempo per affrontare il passaggio (condiviso) ad un Patto sul Neo-Welfare, mentre oggi ci si limita ad intrecciare il peggioramento/razionamento di fatto delle prestazioni con i comportamenti reattivi che possono mettere in atto gli utenti.

In realtà si dovrebbe prendere atto della situazione e riconoscere l'esistenza di una "forbice" non ricomponibile tra l'inevitabile aumento dei bisogni di copertura attuali e futuri (a causa dell'invecchiamento della popolazione, delle innovazioni tecnologiche e farmacologiche, della crescita delle attese dei cittadini) e la necessità di aumentare in maniera consistente (e crescente) la spesa pubblica relativa. Si viene così a delineare uno scenario di ridisegno inevitabile per poter mettere in equilibrio più stabilmente bisogni, da un lato e risorse pubbliche, dall'altro come del resto è già avvenuto col sistema pensionistico che ha dovuto superare la vecchia impostazione di tipo "retributivo" e contemporaneamente adeguare i meccanismi di calcolo alla crescita della speranza di vita delle persone.

Tutto questo richiederà dunque di ripensare il nostro sistema di protezione sociosanitaria che:

- da un lato, dovrà (auspicabilmente) mantenere il più possibile il carattere universalistico e solidale per i bisogni più seri e gravi, anche se non sarà possibile coprirli integralmente (a partire da quelli della non autosufficienza, ma non solo);
- e dall'altro, di introdurre un "vincolo di responsabilità" per tutti i protagonisti in gioco, nessuno escluso: sistema pubblico, sistema assicurativo, sistema della rappresentanza aziendale, sistema di rappresentanza dei lavoratori, singoli cittadini e famiglie.

⁶ Cfr. Parte prima/Paragrafo 4.1, pag. 105 e ss.

L'adozione di tale vincolo di responsabilità diventa essenziale per poter costruire gradualmente un Patto di Neo-Welfare che deve basarsi su una tripla saldatura.

La prima è quella che deve legare il finanziamento pubblico alla responsabilità della “macchina” sanitaria nell'affrontare una sua profonda ristrutturazione e riorganizzazione. Il taglio dei costi da solo non basta, come è emerso chiaramente anche dalle esperienze legate ai Piani di Rientro e ai commissariamenti, che hanno portato ad un peggioramento e ad un razionamento delle prestazioni per i pazienti. Ma questa prima saldatura implica di disporre anche di una piena e dettagliata trasparenza dei bilanci come pure dei livelli di efficacia delle attività di cura (per numero e per qualità delle prestazioni fornite): così da poter “liberare” una quota di risorse aggiuntive da investire sull'innovazione, sulla ristrutturazione/riorganizzazione e sull'incorporazione di nuovo personale.

La seconda saldatura riguarda il non più rimandabile raccordo tra sanità e assistenza, che implica la costruzione di un “sistema di giunzioni” efficace sia in ingresso che in uscita rispetto a strutture, servizi e prestazioni: passaggio questo non più rinviabile come è stato ulteriormente ribadito in particolare dall'indagine sui *care-giver*, effettuata appositamente per il presente Rapporto.

La terza saldatura concerne la relazione necessariamente più articolata e più fluida rispetto all'uniformità e alla rigidità delle forme di welfare che abbiamo conosciuto sino ad oggi come risultato del Patto storico intercorso tra Stato, aziende e cittadini. Ormai il vincolo di responsabilità si deve distribuire tra i vari soggetti, visto che “non si può dare tutto a tutti” e va quindi ripensata la relazione che deve (dovrà) intercorrere tra i soggetti stessi, tenendo presente:

- ciò che può e deve continuare a fare il settore pubblico;
- ciò che può e deve fare il singolo cittadino e la famiglia;
- ciò che può e deve fare il sistema assicurativo;
- ciò che può e deve fare l'azienda (welfare aziendale compreso);
- ciò che può e deve fare il sistema associativo di rappresentanza;
- ciò che può e deve fare il welfare comunitario.

Per oggi si è davanti ad un quadro in movimento, ma ancora molto frammentato e poco dialogante al suo interno. Mentre diventa sempre più importante ricomporre responsabilità, ruoli e risorse dei vari protagonisti, evitando di ipotizzare soluzioni estreme quanto improbabili che vedono, da un lato la nostalgia “del welfare come eravamo” e, dall'altro l'aspirazione “ad un welfare tutto privato”.

Se avremo capacità e visione sufficiente per lavorare in questa direzione, può aver senso anche riproporre il tema di un finanziamento pubblico mag-

giormente adeguato rispetto a quello odierno che sia in grado di tenere in equilibrio i bisogni di chi esprime la domanda di protezione sanitaria e assistenziale e la capacità del sistema di offrire servizi adeguati.

Quello che è certo è che si dovrà aprire una stagione di revisione non solo del welfare bensì anche della nostra intera convivenza che richiede di interpretare in positivo le grandi “mutazioni” in corso, andando al di là del rimpianto per ciò che non è più, ma anche del timore di ciò che non è ancora.

Può essere utile, in conclusione, ricordare quanto ha ribadito la Camera dei Lord attraverso un suo recente *paper* sul tema della sostenibilità a lungo termine del Servizio Sanitario Nazionale e della protezione sociale delle persone, rivolto al Governo attuale e a quelli che seguiranno⁷.

I temi-chiave affrontati parlano in realtà anche alla situazione del nostro Paese, visto che essi sottolineano la necessità:

- di superare la cultura del breve termine che si riflette nell’ambito del *Department of Health*, con l’incapacità o la non volontà di pensare al di là degli anni immediatamente a venire: mentre serve un consenso politico sul futuro a lungo termine della salute e del sistema di protezione sociale che hanno bisogno di un confronto nazionale allargato sul tema, adottando una prospettiva che deve coprire i prossimi 15-20 anni;
- di trasformare profondamente i servizi in modo da incorporare anche una pianificazione di lungo termine, di larga consultazione pubblica, di appropriati sistemi di *governance* e di valutazione, promuovendo in parallelo una chiara e irreversibile integrazione tra i servizi della salute e i servizi socioassistenziali;
- di stabilire che a partire dal 2020 il finanziamento pubblico per la salute e per l’assistenza deve crescere in coerenza con la crescita del Prodotto Interno Lordo, mentre il finanziamento di entrambi dovrebbe essere trasferito al *Department of Health* che dovrà chiamarsi *Department of Health and Care*, integrando i relativi budget;
- ed infine di prendere in considerazione – come Governo – l’introduzione di uno schema assicurativo che possa essere adottato sin dall’età adulta, al fine di contribuire alla copertura dei costi dell’assistenza sociale: va ribadito che è importante riaffermare il principio che l’accesso ai servizi sanitari e sociali implica ad un tempo le responsabilità dei pazienti come pure il rispetto dei diritti dei medesimi ed anzi i principi su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale devono essere rivisti, rilanciando con grande enfasi la responsabilità anche delle singole persone, provvedendo in

⁷ House of Lords – Select Committee on the Long-Term Sustainability of the NHS, “Report of Session 2016-2017”, Londra 5 aprile 2017.

parallelo a informare e ad educare i cittadini circa i veri costi della mancata prevenzione per il Servizio Sanitario Nazionale.

Stiamo affrontando una trasformazione profonda del nostro modo di produrre ricchezza ma anche di condividere la nostra vita in comune. Servono risposte adeguate, ragionevoli ed eque che devono basarsi su una responsabilità condivisa (e non contrapposta) tra popolo ed élite.

Nadio Delai
Presidente Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema

Parte prima

*Il consolidarsi di una strategia di reazione
degli utenti di fronte all'indebolimento dell'offerta*

1. La tenuta di fondo, malgrado tutto, di un sistema da preservare

1.1. La forza intrinseca, pur con risorse misurate

L'individuazione delle debolezze del nostro Servizio Sanitario Nazionale, di cui si dà annualmente conto in questo Rapporto insieme ai relativi punti di forza, non deve far dimenticare che le performance medie di tale sistema concorrono a collocare quest'ultimo decisamente in una buona posizione rispetto ad altri sistemi nazionali di protezione della salute. E questo avviene pur essendo in presenza di un processo di restrizione delle risorse economiche e di quelle professionali a disposizione, con la conseguenza di impoverire e soprattutto di differenziare il sistema al suo interno, creando condizioni non omogenee sul piano dell'accesso alle cure come pure della qualità delle medesime nei diversi territori come pure all'interno di essi.

Va poi sottolineato che per quanto riguarda specificamente l'ambito ospedaliero, si è davanti ad un sistema misto pubblico/privato accreditato che connota, nel suo insieme, l'offerta complessiva a disposizione di cui godono i cittadini: si tratta di un servizio pubblico "a due gambe" se si tiene presente che l'ospedale privata accreditata fornisce il 28,3% delle giornate di degenza a fronte di un investimento del 13,6% della spesa ospedaliera complessiva.

L'esistenza di un sistema misto pubblico/privato accreditato che connota la realtà italiana ha tuttavia bisogno di essere compreso nella sua complessità tipologica di strutture operanti al suo interno.

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

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

Nell'anno 2014 (ultimi dati disponibili) tale universo raggiunge i 197.091 posti letto, distribuiti per il 70,2% (pari a 138.377 unità) nell'ospedale pubblica e per il 29,8% (pari a 58.714 unità) nell'ospedale privata accreditata nel suo complesso (cfr. fig. 1). Mettendo a confronto i due insiemi di posti letto si comprende come il sistema assuma a tutti gli effetti le caratteristiche di una realtà mista, con una prevalenza pubblica ma con una presenza privata più che significativa, come del resto aveva riconosciuto e previsto il D.Lgs 502/1992.

Le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate sono complessivamente 1.056 (anno 2014), con una prevalenza delle seconde (56,0%) rispetto alle prime (44,0%). Gli ospedali pubblici sono concentrati un po' più nel Centro-Nord (per il 53,6%), mentre gli ospedali privati accreditati risultano maggiormente presenti nel Centro-Sud (59,1%), come evidenzia la seconda parte della figura 1.

Ma il confronto (2014) tra il numero di ospedali e il numero dei posti letto consente di pervenire ad un'informazione più articolata:

<i>Ripartizioni geografiche</i>	<i>Ospedali pubblici</i>			<i>Ospedali privati accreditati</i>		
	<i>N. osp.</i>	<i>N. posti letto</i>	<i>Posti letto N. osp.</i>	<i>N. osp.</i>	<i>N. posti letto</i>	<i>Posti letto N. osp.</i>
Nord	151	71.778	475	242	27.809	115
Centro	98	25.532	261	125	12.640	101
Sud	216	41.067	190	224	18.265	82
Totale	465	138.377	298	591	58.714	99

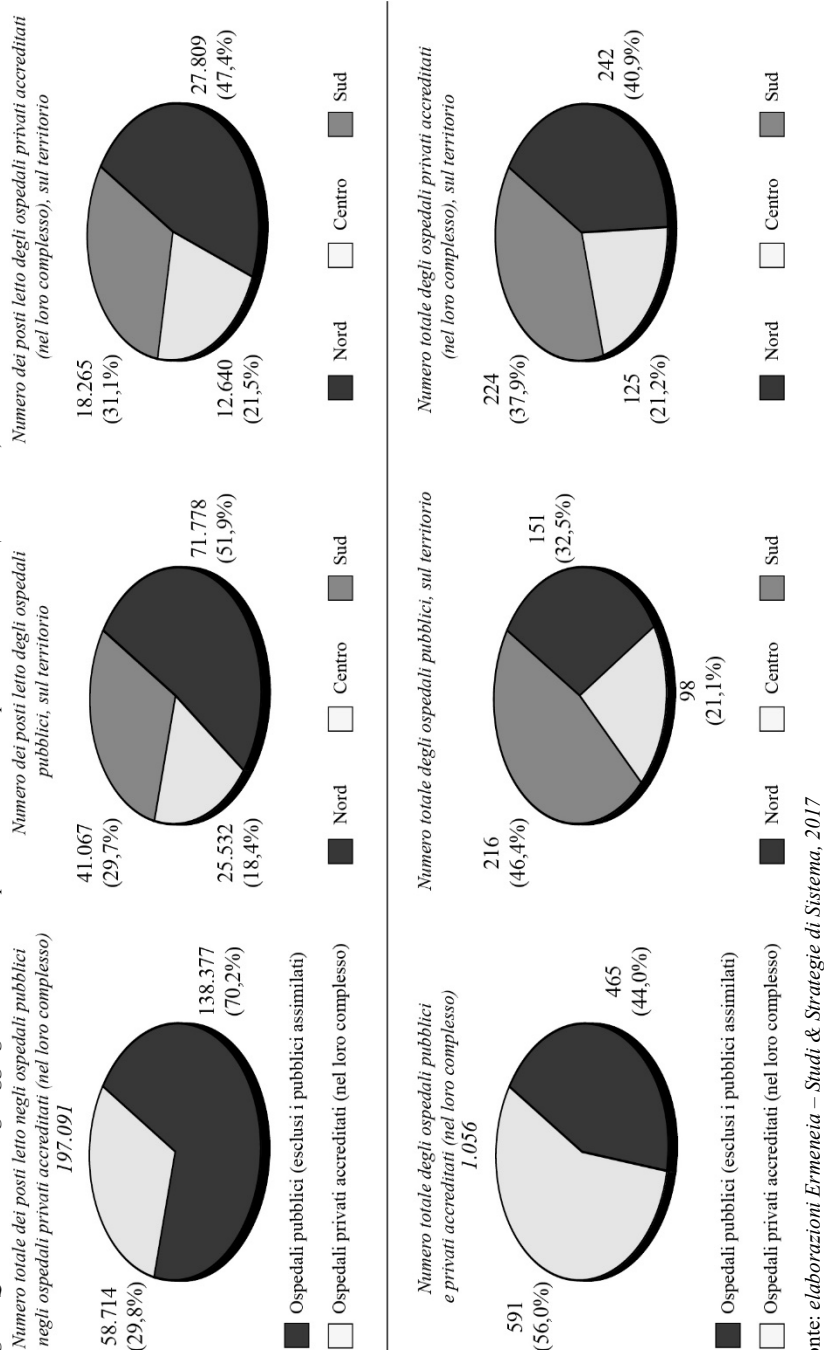
Nella figura 2 sono esposti invece i flussi delle degenze e i flussi di spesa, con riferimento all'anno 2015 (ultimi dati disponibili).

Per quanto riguarda le giornate di degenza, esse risultano essere complessivamente 61,1 milioni nel 2015 contro i 61,8 del 2014 (-1,0%), i 62,9 nel 2013, i 65,2 nel 2012 e i 67,9 nel 2011: con una diminuzione complessiva pari al 10,0% tra il 2011 e il 2015.

Sempre nell'anno 2015 tali giornate si ripartiscono per il 71,7% negli ospedali pubblici e per il restante 28,3% negli ospedali privati accreditati nel loro complesso.

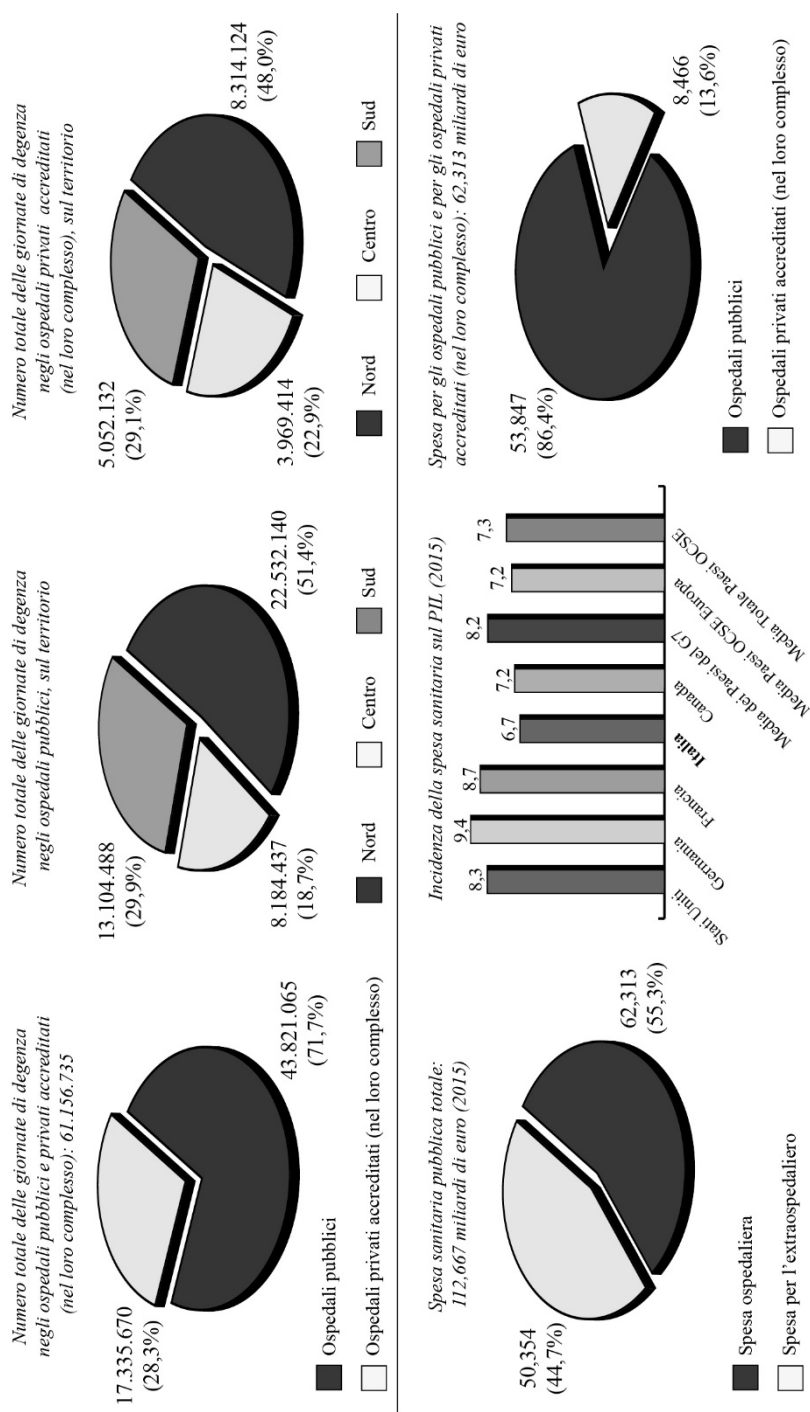
La distribuzione delle giornate di degenza dal punto di vista territoriale, distinte per tipologia di istituto è la seguente:

Fig. 1 – Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: posti letto e istituti (Anno 2014)



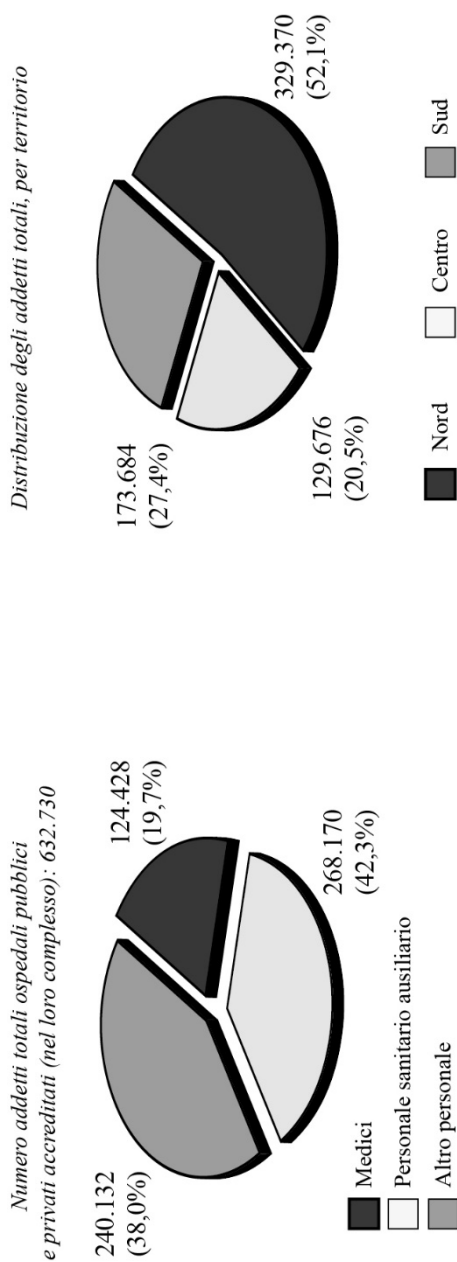
Fonte: elaborazioni Ermenèa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Fig. 2 – *Quadro sintetico degli aggregati del sistema ospedaliero del Paese: giornate di degenza e spesa (Anno 2015)*



Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

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



Fonte: elaborazioni Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Ripartizioni geografiche	N. di giornate di degenza negli ospedali pubblici				N. di giornate di degenza negli ospedali privati accreditati			
	In milioni		Val. %		In milioni		Val. %	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Nord	23,2	22,5	52,3	51,4	8,1	8,3	46,6	47,7
Centro	8,0	8,2	18,0	18,7	4,0	4,0	22,9	23,0
Sud	13,2	13,1	29,7	29,9	5,3	5,1	30,5	29,3
Totale	44,4	43,8	100,0	100,0	17,4	17,4	100,0	100,0

Va anche sottolineato che continua il processo di contrazione delle giornate di degenza nel 2015 rispetto al 2014 (-1,0%) e negli ospedali accreditati (-0,6%).

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

- a) la suddivisione della spesa sanitaria pubblica totale (112,667 miliardi di euro nel 2015) risulta più concentrata – come di consueto – sulla componente ospedaliera (nella misura del 55,3%) rispetto a quella extraospedaliera (44,7%): l'incidenza della spesa ospedaliera sul totale (in base alle stime effettuate) crescerebbe nel 2015 rispetto al passato, visto che era del 54,5% nel 2011, del 54,3% nel 2012, scende al 54,2% nel 2013 per tornare al 54,3% nel 2014;
- b) l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil nazionale colloca l'Italia permanentemente al punto più basso (6,7% nel 2015) rispetto alla media dei Paesi del G7 (8,2%), alla media dei Paesi Ocse-Europa (7,2%) e a quella totale dei Paesi Ocse (7,3%). Ma è bene ricordare, in aggiunta, che il nostro Paese resta sotto di 2,7 punti per quanto riguarda l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil, rispetto alla Germania e di 2,0 punti rispetto alla Francia. Inoltre va sottolineato che rispetto all'anno precedente l'Italia scende al 6,7% rispetto al 6,8% (che peraltro risulta essere in diminuzione costante poiché era il 7,2% nel 2010, il 7,0% nel 2011, il 6,9% nel 2012 e il 6,8% nel 2013 e 2014). E questo è avvenuto in presenza di una contrazione del Pil sino al 2013.

È chiaro dunque come l'Italia investa nettamente meno risorse pubbliche rispetto agli altri partner dell'area Ocse (sia in percentuale sia tenuto conto del livello del Pil), pur essendo caratterizzata da un sistema universalistico e solidale sia pure con un progressivo logoramento delle prestazioni come viene ricordato nel capitolo 3 della Parte prima;

- c) la spesa ospedaliera pubblica complessiva (62,313 miliardi di euro nel 2015) si ripartisce per l'86,4% in favore delle strutture pubbliche e per il 13,6% in favore di quelle private accreditate nel loro complesso: la quota

di queste ultime era del 14,4% nel 2011, è scesa al 13,6% nel 2013 e risulta lievemente ritoccata in su al 13,8% nel 2014 ma si ricontrae al 13,6% nel 2015, con una tendenziale erosione dunque della componente accreditata complessiva rispetto a quella pubblica. Ma se si guarda specificamente agli ospedali privati (case di cura accreditate) la relativa percentuale sulla spesa ospedaliera pubblica totale è in continua riduzione, passando dal 7,3% del 2010-2011, al 7,2% del 2012, al 7,0% del 2013 e del 2014, per finire al 6,9% del 2015.

Si ricorda, proprio a partire da questa ultima osservazione, che se si mette a confronto l'incidenza della spesa dedicata al privato accreditato nel suo complesso (13,6% nel 2015) con l'incidenza delle giornate di degenza fornite nello stesso anno dal privato stesso (28,3% del totale) non si può che prendere atto di una situazione in cui la componente accreditata del sistema misto attuale svolga un ruolo rilevante, offrendo in proporzione il doppio delle giornate di degenza rispetto alla spesa ad essa riconosciuta come conseguenza di una gestione più efficiente (e con costi decrescenti per il pubblico nel corso del tempo). A questo si deve anche aggiungere che il confronto tra il livello di complessità delle prestazioni fornite dal pubblico e, in particolare, dalle case di cura accreditate evidenzia sì una crescita media da parte dell'intero sistema ospedaliero, ma con un posizionamento migliore proprio per le case di cura accreditate rispetto alle strutture pubbliche.

Infine la figura 3 fornisce un'idea complessiva delle risorse umane che svolgono la loro attività all'interno del sistema ospedaliero misto. Si è davanti nel 2013 (ultimi dati disponibili) a 632.730 unità, con una contrazione del -2,1% rispetto al 2010. Il 19,7% del totale del personale è costituito da medici (124.428 unità), il 42,3% è formato da personale infermieristico (268.170 unità) ed infine il 38,0% comprende il rimanente personale (240.132 unità).

La distribuzione del personale rispetto al territorio rispecchia il peso prevalente dell'attività ospedaliera collocata nel Centro-Nord, cui corrisponde il 72,6% delle risorse professionali impiegate (52,1% nel Nord + 20,5% nel Centro), cui si aggiunge il personale del Mezzogiorno (col 27,4% del totale).

1.2. La conferma della qualità media, letta attraverso gli indicatori di prestazione

Al di là delle inevitabili differenze, di cui è giusto dar conto e per le quali bisogna impegnarsi per migliorare la situazione attuale, le strutture pubbliche e quelle private accreditate riescono tuttavia a fornire delle prestazioni che risultano mediamente di buon livello, pur in presenza di inevitabili diversità

tra ospedali maggiormente qualificati ed efficienti ed ospedali meno qualificati e meno efficienti (e questo non solo mettendo a confronto il Nord col Sud del Paese, ma anche i diversi ospedali all'interno delle singole Regioni).

La misurazione dei livelli medi di prestazioni ospedaliere, con riferimento alle singole Regioni, può essere effettuata sulla base di due indicatori fondamentali: quello del *Peso medio* e quello del *Case mix*.

Il primo dei due indicatori e cioè il *Peso medio*¹ permette di paragonare gli istituti pubblici con gli ospedali privati (case di cura accreditate), da cui emerge che (tav. 1):

- a) l'indicatore medio nazionale degli istituti pubblici e quello degli ospedali privati accreditati risulta essere in crescita negli anni compresi tra il 2012 e il 2015: per i primi si passa infatti da 1,18 nel 2012 a 1,21 nel 2015 e per i secondi da 1,25 a 1,32 nello stesso periodo. Ma bisogna anche aggiungere che, essendo disponibili i dati 2016 relativi agli ospedali privati accreditati Aiop, si assiste ad un aumento ulteriore del *Peso medio* che da 1,32 del 2015 passa a 1,35 nel 2016;
- b) inoltre tale indicatore risulta essere sempre migliore, anno per anno, qualora ci si riferisca alle case di cura accreditate Aiop rispetto agli ospedali pubblici (con una accelerazione nel 2013 e nel 2015). Questo conferma come il maggior livello di complessità non debba necessariamente far capo agli ospedali pubblici, poiché esistono sul territorio strutture private accreditate altrettanto o addirittura maggiormente valide di quelle pubbliche;
- c) se poi si prendono in esame gli indicatori Regione per Regione nell'anno 2015, è possibile constatare come le realtà di ambito pubblico che riescono a collocarsi al di sopra della media nazionale (*Peso medio* 1,22) siano in ordine decrescente:

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

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

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. 1 – La qualità delle prestazioni, misurata attraverso il peso medio. Anni 2012-2016

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

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 privati (case di cura accreditate) associati Aiop classificati presidio Usl.

(b) Il peso medio elevato è legato alla presenza di due case di cura accreditate, in larga parte dedicate all'alta specialità.

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

- la Toscana (1,34);
- il Piemonte (1,30);
- la Liguria (1,27);
- il Veneto e il Friuli Venezia Giulia (entrambi a 1,26);
- le Marche (1,24);
- il Lazio (1,23);
- e l’Emilia Romagna (1,22).

E inoltre si vede come gli indicatori di *Peso medio* di quasi tutte le Regioni meridionali siano abbastanza distanti dalla media nazionale dell’1,21, salvo la Regione Basilicata con l’1,22. E analogamente l’indice di *Peso medio* supera la media nazionale pari a 1,32 nel 2015, per quanto riguarda gli ospedali accreditati Aiop, nelle Regioni che seguono (sempre in ordine decrescente):

- Liguria (2,80);
- Toscana (1,69);
- Piemonte (1,65);
- Lombardia (1,55);
- Umbria (1,43);
- Veneto (1,42), ma anche Calabria (1,42);
- Emilia Romagna (1,34).

Come si può vedere in ben 9 Regioni si supera la media nazionale dell’indicatore di *Peso medio* sia nel mondo delle strutture accreditate sia in quelle pubbliche. Ma in 5 Regioni si superano la rispettiva media nazionale, nel pubblico come nel privato accreditato (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna e Toscana): a conferma che un buon contesto territoriale riesce a fornire prestazioni complessivamente di maggiore qualità sia nell’una che nell’altra tipologia. E infine il *Peso medio* di solito è più basso per le Regioni meridionali sia per il pubblico (salvo il caso della Regione Basilicata) come per il privato accreditato (salvo il caso della Puglia e della Calabria);

- d) inoltre in gran parte delle Regioni l’indice di *Peso medio* per l’anno 2015 risulta superiore negli ospedali privati accreditati rispetto a quelli pubblici, salvo il caso delle due Province Autonome di Trento e di Bolzano (in cui il privato peraltro è del tutto marginale), a cui si aggiungono il Lazio, la Campania, la Sicilia e la Sardegna;
- e) e infine gli indicatori di *Peso medio* più elevato sono presenti sostanzialmente nelle Regioni del Centro-Nord sia per gli istituti pubblici che per quelli privati accreditati

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*². I valori contenuti nella tavola 2 consentono di avanzare le seguenti considerazioni:

- a) si è in presenza di una tendenziale stabilizzazione del valore di tale indicatore per entrambe le tipologie di strutture, ma con una lieve tendenza alla contrazione per gli istituti pubblici (da 1,00 del 2012 a 0,98 nel 2013, 2014 e 2015) e con un andamento che parte da 1,08 nel 2012, scende a 1,07 nel 2013 e a 1,05 nel 2014, per poi risalire a 1,09 nel 2015, per quanto riguarda le strutture Aiop;
- b) in ogni caso l'indicatore di *Case mix* medio nazionale degli ospedali privati accreditati risulta sempre superiore a quello che caratterizza gli istituti pubblici, come si può verificare confrontando i dati dell'ultima riga della tavola 2;
- c) le realtà regionali che riescono a superare la media nazionale degli istituti pubblici (che è pari a 0,98 nel 2015) sono, in ordine decrescente:
 - la Toscana (1,08);
 - il Piemonte (1,05);
 - il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e la Liguria (1,02);
 - le Marche e il Lazio (1,00 per entrambe);
 - l'Emilia Romagna e la Basilicata (0,99 per entrambe);
 - il Molise (0,96).

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

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

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. 2 – Il confronto tra istituti pubblici e ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop, sulla base del case-mix delle prestazioni effettuate. Anni 2012-2015

Regioni	Istituti pubblici				Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
– Piemonte	1,07	1,07	1,05	1,05	1,38	1,31	1,32	1,35
– Lombardia	1,02	0,98	0,98	0,97	1,26	1,24	1,24	1,27
– P.A. di Bolzano	0,91	0,90	0,89	0,89	0,77	0,71	0,65	0,64
– P.A. di Trento	0,98	0,99	0,97	0,96	0,68	0,82	0,80	0,79
– Veneto ^(a)	1,02	1,00	1,00	1,02	1,09	1,12	1,12	1,16
– Friuli Venezia Giulia	1,03	1,02	1,02	1,02	0,95	1,01	1,04	1,06
– Liguria ^(b)	1,03	1,03	1,03	1,02	2,24	2,15	2,16	2,30
– Emilia Romagna	1,01	1,00	1,00	0,99	1,16	1,11	1,09	1,10
– Toscana	1,08	1,07	1,08	1,08	1,30	1,29	1,30	1,38
– Umbria	0,99	0,99	0,98	0,98	1,01	0,98	1,06	1,17
– Marche	1,02	1,02	1,02	1,00	1,00	1,04	1,03	1,07
– Lazio	1,00	1,00	1,00	1,00	0,94	0,91	0,91	0,98
– Abruzzo	0,95	0,94	0,95	0,96	1,10	1,07	1,05	1,06
– Molise	0,98	0,85	0,85	0,85	0,94	0,93	1,08	0,98
– Campania	0,96	0,97	0,96	0,95	0,89	0,86	0,84	0,86
– Puglia	0,91	0,88	0,89	0,88	1,26	1,27	1,18	1,23
– Basilicata	1,01	1,01	0,99	0,99	-	-	-	-
– Calabria	0,87	0,87	0,88	0,88	0,90	1,09	1,03	1,17
– Sicilia	0,95	0,95	0,94	0,94	1,02	1,00	0,95	0,98
– Sardegna	0,91	0,90	0,91	0,91	0,73	0,70	0,70	0,72
Totale	1,00	0,98	0,98	0,98	1,08	1,07	1,05	1,09

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

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

(b) L'indicatore è elevato in quanto esistono due case di cura accreditate, in larga parte dedicate all'alta specialità.

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

Lo stesso esercizio, applicato agli ospedali privati accreditati (e sempre per l'anno 2015) vede una media del *Case mix* nazionale pari a 1,09, con le seguenti Regioni che superano tale valore (in ordine decrescente):

- la Liguria (2,30);
- la Toscana (1,38);
- il Piemonte (1,35);
- la Lombardia (1,27);
- la Puglia (1,23);
- l'Umbria e la Calabria (1,17 per entrambe);
- il Veneto (1,16);
- e l'Emilia Romagna (1,10);

- d) il *Case mix* superiore alla media nazionale si trova per lo più nelle Regioni del Centro-Nord, ma anche in Abruzzo e in Basilicata, per quanto concerne gli istituti pubblici e in Puglia e Calabria nel caso degli ospedali privati Aiop;
- e) e infine il confronto tra l'indice di *Case mix* degli istituti pubblici e quello degli istituti privati accreditati Aiop vede quasi sempre in testa questi ultimi, salvo il caso delle due Province Autonome di Trento e Bolzano (ma come si è detto in precedenza tali realtà sono presenti in maniera marginale), il Lazio, la Campania e la Sardegna.

Al di là dei due indicatori sin qui considerati, se ne possono individuare altri che possono essere utilizzati allo scopo di misurare ulteriormente il livello di complessità delle prestazioni fornite dalle diverse tipologie di ospedali. Nella tavola 3 sono stati individuati 16 DRG di alta specialità, per i quali viene riportata la corrispondente incidenza su 1.000 pazienti dimessi, sempre con riferimento alle due tipologie di strutture ospedaliere sin qui considerate. E tale confronto permette di rilevare:

- a) un'incidenza media lievemente in crescita per gli istituti pubblici tra gli anni 2013 e 2015 ed una sostanziale tenuta per gli ospedali privati accreditati Aiop per lo stesso periodo (cfr. i valori contenuti nell'ultima riga della tavola richiamata);
- b) ma se si pongono a confronto i singoli DRG, nell'anno 2015, tra pubblico e privato accreditato Aiop, si vede come venga confermata la superiorità della seconda tipologia di ospedali rispetto alla prima, salvo il caso del DRG 110 (interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC) e il caso del DRG 553 (altri interventi vascolari con CC, con diagnosi cardiovascolare maggiore).

Un ulteriore modo per leggere l'apporto del privato accreditato sul fronte della qualità delle prestazioni rispetto al pubblico è quello di confrontare l'in-

Tav. 3 – La qualità delle prestazioni ospedaliere pubbliche e private, misurata dall'incidenza dei DRG^(*) di alta specialità^(a)

DRG		Istituti pubblici (Incidenza su 1.000 dimessi)				Ospedali privati (case di cura accreditate) – Atop (Incidenza su 1.000 dimessi)			
		2013	2014	2015		2013	2014	2015	
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	1,019	1,061	1,116		5,645	5,273	5,620	
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	1,319	1,411	1,403		2,586	2,531	2,630	
106	Bypass coronarico con PTCA	0,023	0,026	0,027		0,317	0,181	0,172	
108	Altri interventi cardiotoracici	0,461	0,426	0,432		0,894	0,813	0,790	
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	1,407	1,346	1,345		1,233	1,113	1,147	
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	1,248	1,332	1,322		2,007	2,026	2,114	
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	1,393	1,366	1,378		1,784	1,655	1,668	
535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insuff. cardiaca o shock	0,236	0,266	0,257		0,716	0,550	0,642	
536	Impianto di defibrillatore cardiaco con catet. cardiaco senza infarto miocardico acuto, insuff. cardiaca o shock	0,293	0,323	0,334		0,596	0,556	0,657	
547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	0,132	0,135	0,142		0,236	0,231	0,229	
548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	0,402	0,366	0,341		1,810	1,364	1,271	
549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	0,156	0,146	0,136		0,430	0,429	0,449	
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	0,745	0,716	0,658		2,001	1,976	2,079	
551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovasc. magg. o di defibrill. autom. (AICD) o di generat. di impulsi	1,401	1,420	1,387		1,828	1,654	1,850	
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4,188	4,137	4,199		5,264	4,960	4,845	
553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	0,263	0,251	0,239		0,157	0,140	0,116	
Incidenza media		22,245	22,697	23,097		30,946	28,096	30,941	

(*) Ricoveri per acuti in regime ordinario.

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

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

cidenza della complessità di queste ultime (classificate in alta, media o bassa), con riferimento alla singola Regione oltre che alla media nazionale e a quella delle singole circoscrizioni geografiche (tav. 4). Si ricorda che si sta parlando in questo caso delle strutture ospedaliere private accreditate nel loro complesso che comprendono Policlinici privati, IRCCS privati e Fondazioni private, ospedali classificati, presidi Usl, enti di ricerca ed infine ospedali privati (case di cura accreditate).

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 DRG³.

Il risultato di tale confronto (tav. 4) mette in evidenza come gli ospedali privati accreditati nel loro complesso contribuiscano alle prestazioni di alta complessità per il 18,7% contro il 14,4% degli ospedali pubblici. E tale differenza che risulta a favore della componente privata accreditata è ancora più forte nel Nord (22,0% contro 14,9%), ma persiste anche al Centro (18,2% contro 16,1%) e nel Mezzogiorno (15,3% contro 12,5%).

Guardando alle singole Regioni, il privato accreditato presenta un'incidenza maggiore di prestazioni ad alta complessità rispetto alle strutture pubbliche salvo due casi: quello del Lazio (15,7% contro 16,1%) e quello della Campania (12,3% contro 11,1%). L'ultima colonna della tavola 4 presenta il rapporto tra le percentuali di alta complessità del privato accreditato e le corrispondenti percentuali dell'alta complessità del pubblico: si ottiene così una sorta di indicatore, nel quale 1,00 rappresenta la parità, mentre i valori più elevati rappresentano il vantaggio e quelli inferiori a 1,00 rappresentano lo svantaggio del privato accreditato: quest'ultimo fornisce le sue migliori prestazioni nel Nord e nel Mezzogiorno rispetto al Centro.

Se poi si considerano le prestazioni di media complessità (sempre con riferimento alla tavola 4) si vede come esista un'incidenza decisamente maggiore in questo caso per gli ospedali pubblici rispetto a quelli privati accreditati, salvo in quattro casi e cioè nel Lazio, nel Molise, nella Puglia e nella Calabria, in cui l'incidenza maggiore fa capo agli ospedali privati accreditati.

Mentre l'incidenza delle prestazioni a bassa complessità si ripartisce sostanzialmente in due parti tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati nel loro complesso.

³ Cfr. in proposito la nota della tavola 4.

Tav. 4 – Confronto tra le percentuali dei casi di Alta, Media e Bassa complessità delle prestazioni erogate ai pazienti acuti durante il ricovero, mettendo a confronto ospedali pubblici ed ospedali privati accreditati (nel loro complesso), per Regioni – Anno 2015

Regioni	Ospedali pubblici			Ospedali privati accreditati		
	Alta complessità	Media complessità	Bassa complessità	Alta complessità	Media complessità	Bassa complessità
				% Alta complessità	% Media complessità	% Bassa complessità
Piemonte	15,9	35,0	49,2	17,9	23,4	58,7
Valle d'Aosta	15,5	34,2	50,2	28,8	7,9	63,2
Lombardia	14,0	31,1	54,9	22,6	31,0	46,4
Bolzano	12,8	28,1	59,1	-	23,4	76,6
Trento	14,5	36,0	49,5	15,5	28,3	56,2
Veneto	15,9	35,2	48,9	28,3	31,6	40,1
Friuli Venezia Giulia	15,5	34,7	49,7	22,6	24,1	53,3
Liguria	16,2	39,8	44,0	20,7	37,2	42,0
Emilia Romagna	14,2	35,8	50,1	18,1	28,1	53,8
Toscana	17,1	39,4	43,4	33,5	24,9	41,6
Umbria	14,2	31,9	53,9	25,3	18,9	55,8
Marche	15,1	35,8	49,1	17,7	24,2	58,1
Lazio	16,1	33,4	50,5	15,7	33,5	50,9
Abruzzo	14,6	35,4	50,0	22,2	30,1	47,7
Molise	10,3	30,9	58,8	27,3	37,5	35,2
Campania	12,3	30,4	57,3	11,1	28,2	60,7
Puglia	10,7	31,9	57,4	16,0	34,6	49,4
Basilicata	14,0	37,2	48,8	31,4	32,0	36,6
Calabria	11,1	31,9	57,1	24,4	34,3	41,3
Sicilia	14,4	34,6	51,0	16,9	33,5	49,6
Sardegna	11,6	32,3	56,1	13,1	16,8	70,0
Nord	14,9	34,0	51,1	22,0	29,9	48,2
Centro	16,1	36,0	47,9	18,2	31,5	50,3
Sud	12,5	32,6	54,9	15,3	31,2	53,5
<i>Italia</i>	<i>14,4</i>	<i>34,0</i>	<i>51,7</i>	<i>18,7</i>	<i>30,7</i>	<i>50,6</i>

(*) 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 1,700 e nel range di alta complessità risulta compreso in questo modo il 97% dei DRG di alta complessità TUC.

L'offerta ospedaliera pubblica è composta da: Aziende Ospedaliere, Aziende Osp. Universitarie e Policlinici pubblici, Irees pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta. L'offerta ospedaliera privata accreditata nel complesso è costituita da: Policlinici privati, Irees privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private.

Fonte: elaborazioni Ermeneta – Studi & Strategie di sistema su dati del Ministero della salute - SDO 2015

1.3. La conferma della qualità media, percepita da utenti e cittadini

La caratterizzazione fondamentale del sistema ospedaliero italiano, basato su una logica pubblico-privata accreditato, è stata richiamata nel paragrafo precedente, attraverso degli indicatori di tipo “oggettivo”. Ma è tener conto anche di alcuni indicatori di tipo “soggettivo” e cioè di opinioni e valutazioni fornite sia dai cittadini che dagli utenti.

Nella tavola 5 vengono riportati, in una sequenza temporale di tipo biennale, i dati raccolti attraverso il Rapporto *Ospedali&Salute* dal 2007 ad oggi. Si tratta dei giudizi dei cittadini rispetto al sistema ospedaliero misto pubblico/privato di cui gode il nostro Paese. Si ricorda in proposito che questa situazione ha le sue radici nella normativa che risale indietro nel tempo e cioè al D.Lgs 502/1992, ma soprattutto essa è diventata nel tempo un sistema misto ben percepito e praticato dalle persone che vi si relazionano con una modalità del tutto consapevole.

I dati esposti nella tavola 5 mettono in luce come più di 8 intervistati su 10:

- riconoscano che “l’ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo e pertanto quando ci si debba ricoverare non si consideri se la struttura è pubblica o privata accreditata, bensì si valutano altri fattori come la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza rispetto a casa, ecc.” (85,9% nel 2017);
- ma suggeriscano anche come “lo Stato dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio siano esse pubbliche o private accreditate, al fine di permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni” (86,6% nel 2017);
- ed infine chiedano che “Regioni e Asl investano in opportune campagne di informazione del cittadino allo scopo di favorire una sua effettiva libera scelta, visto che si conosce ancora poco delle diverse opportunità di ricovero che offre l’ospitalità privata accreditata” (77,7% di consensi nel 2017).

Se poi si considera la percezione della qualità delle prestazioni ricevute da parte degli utenti che hanno effettivamente utilizzato dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi (tav. 6) si vede come il livello di soddisfazione medio totale (“molto + abbastanza soddisfatti”) superi anche in questo caso l’80% ed anzi vada anche al di là. Più precisamente:

- il giudizio medio positivo nei confronti degli ospedali pubblici raggiunge l’85,9%, con una punta di maggiore soddisfazione ancora più alta per quanto riguarda gli utenti che risiedono nel Nord-Ovest e nel Centro del

Tav. 5 – *La percezione positiva di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato da parte dei cittadini (val. %)*

Fenomeni	Dati					
	<u>2007</u>	<u>2009</u>	<u>2011</u>	<u>2013</u>	<u>2015</u>	<u>2017</u>
– “Ormai l’ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo e quando ci si deve ricoverare non si considera se la struttura è pubblica o privata accreditata, bensì si tiene conto di altri fattori: la presenza della specializzazione, la qualità delle prestazioni, la vicinanza a casa, ecc. (Giudizi “molto + abbastanza d’accordo” espressi dai cittadini, al netto dei “Non so”) ¹ ”	88,8	88,3	88,6	82,4	82,4	85,9
– “Lo Stato dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni (Giudizi “molto + abbastanza d’accordo” espressi dai cittadini, al netto dei “Non so”) ¹ ”	91,8	84,0	90,1	88,1	88,2	86,6
– “Le Regioni o le Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta, visto che si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre l’ospedale privata accreditata” (Giudizi “molto + abbastanza d’accordo” espressi dai cittadini, al netto dei “Non so”) ¹ ”	86,6	84,3	80,3	77,1	79,7	77,7

(1) Cfr. per i dati 2017 la tabella 15/Parte seconda (al netto dei cittadini che non esprimono un giudizio), pagg. 168-169 e tavola 1, pag. 42 del Rapporto *Ospedali&Salute/2016* per i dati relativi agli anni precedenti.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Paese (93,1% e 91,8%), ma con una valutazione decisamente più bassa per chi ha avuto esperienza in ospedali del Mezzogiorno (75,5%) (anche se il livello di soddisfazione più pronunciato differenzia in maniera più evidente il Nord rispetto al Mezzogiorno);

- il giudizio decisamente più elevato riguarda gli ospedali privati accreditati (96,2%), che risulta il migliore in assoluto sia rispetto alle strutture pubbliche che a quelle private a pagamento, con un superamento della percentuale media – già elevata – per quanto riguarda gli utenti che si sono rivolti a strutture ospedaliere del Nord-Ovest (97,1%), del Centro (97,7%), ma anche del Mezzogiorno (98,6%) (anche se gli utenti “molto soddisfatti” mettono in evidenza una diversificazione meno marcata tra Nord e Sud rispetto al caso degli ospedali pubblici);
- ed infine il giudizio medio di soddisfazione che si colloca al 2° posto tra le tre tipologie ospedaliere esposte nella tavola 6 concerne le cliniche private a pagamento (92,1%) e tale valutazione è più elevata per le strutture del Nord-Ovest e del Centro (95,6% e 97,8%) mentre scende per quelle del Mezzogiorno (82,6%) (con un netto miglioramento delle valutazioni massime nel Nord-Est e nel Centro del Paese).

Il livello di soddisfazione medio percepito dagli utenti dunque resta su livelli elevati per tutte e tre le strutture, ma con risultati migliori per le strutture private accreditate e per le cliniche private rispetto a quelle pubbliche e certamente per gli ospedali che operano nel Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno (salvo per gli ospedali privati accreditati che vengono ancora più positivamente valutati in questo caso rispetto a tutti gli altri).

Tav. 6 – La percezione positiva delle prestazioni ricevute da parte degli utenti effettivi dei servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi, con riferimento alle tre tipologie di strutture ospedaliere e alle ripartizioni geografiche (val. %)

Risposte	Totale	Ripartizione geografica			
		Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole
<i>Ospedale pubblico</i>					
– Molto soddisfatto	19,7	22,0	27,4	20,2	10,3
– Abbastanza soddisfatto	66,2	71,1	55,0	71,6	65,2
– Molto + Abbastanza soddisfatto	85,9	93,1	82,4	91,8	75,5
<i>Ospedale privato accreditato</i>					
– Molto soddisfatto	26,4	32,1	21,1	30,6	21,7
– Abbastanza soddisfatto	69,8	65,0	70,7	67,1	76,9
– Molto + Abbastanza soddisfatto	96,2	97,1	91,8	97,7	98,6
<i>Clinica privata</i>					
– Molto soddisfatto	37,3	29,8	54,4	42,3	29,2
– Abbastanza soddisfatto	54,8	65,8	37,7	55,5	53,4
– Molto + Abbastanza soddisfatto	92,1	95,6	92,1	97,8	82,6

Fonte: indagine Ermenega – Studi & Strategie di Sistema, 2017

1.4. Il sottofinanziamento permanente della spesa sanitaria

Si è dunque in presenza di un Servizio Sanitario Nazionale che riesce, malgrado tutto, a mantenere buoni livelli medi di qualità delle prestazioni, riconosciuti internazionalmente e confermati in particolare dagli indicatori oggettivi come pure dalla percezione soggettiva di cittadini e utenti, per quanto riguarda l'attività ospedaliera pubblica e privata accreditata.

Ma la spesa sanitaria pubblica, come è stato ricordato già nel precedente paragrafo 1.1, tende a diminuire nel tempo se misurata come incidenza percentuale sul Pil. Si tratta di un processo che si è aggravato via via nel tempo a seguito dell'impatto della lunga crisi economica che abbiamo vissuto.

La tavola 7 mostra come la spesa sanitaria pubblica fosse per l'Italia pari al 7,2% del Pil nel 2010, ma scenda nel corso del ciclo economico negativo, al 6,8% e addirittura al 6,7% nel 2015: e si tenga presente – in chiave di peggioramento ulteriore delle condizioni – che l'andamento del Pil nazionale ha avuto incrementi negativi sino a tutto il 2013.

Tav. 7 – Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil

Valori %	Spesa sanitaria pubblica					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stati Uniti	7,9	7,9	7,9	8,0	8,2	8,3
Giappone	7,8	8,2	9,4	9,1	9,1	9,2
Germania	8,6	8,1	9,0	9,2	9,3	9,4
Francia	8,7	8,4	8,5	8,6	8,7	8,7
Italia	7,2	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7
Regno Unito	-	7,4	6,9	7,8	7,8	7,9
Canada	7,4	7,2	7,2	7,1	7,0	7,2
Media dei Paesi del G7 (*)	7,9	7,7	8,0	8,1	8,1	8,2
Media Paesi Ocse Europa (*)	7,5	7,1	7,3	7,2	7,2	7,2
Media totale Paesi Ocse (*)	7,5	7,2	7,3	7,3	7,3	7,3
Valori %	Spesa sanitaria totale					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stati Uniti	16,4	16,4	16,4	16,3	16,5	16,9
Giappone	9,5	10,0	11,2	10,8	10,8	10,9
Germania	11,2	10,7	10,8	11,0	11,1	11,2
Francia	11,1	10,7	10,8	10,9	11,1	11,1
Italia	8,9	8,8	8,8	9,0	9,0	9,0
Regno Unito	8,9	8,5	8,5	9,9	9,8	9,9
Canada	10,5	10,3	10,3	10,1	10,0	10,3
Media dei Paesi del G7 (*)	10,9	10,8	11,0	11,1	11,2	11,3
Media Paesi Ocse Europa (*)	9,7	9,2	9,4	9,5	9,5	9,4
Media totale Paesi Ocse (*)	10,0	9,6	9,8	9,8	9,8	9,8

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

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "Oecd Health Data 2017", Oecd, Paris, October 2017

Mentre i Paesi Ocse, variamente misurati, risultano sempre caratterizzati da valori migliori ed anzi in lieve crescita dal 2013 in poi. Senza contare che il confronto tra Italia e Germania, Francia e Regno Unito ci vede largamente al di sotto come incidenza complessiva della spesa sanitaria pubblica sul Pil.

Una situazione analoga (anzi ancora più divaricata tra Italia ed altri Paesi) vale anche per l'andamento della spesa sanitaria totale: con percentuali sul Pil largamente inferiori per l'Italia rispetto sia ai Paesi Ocse sia ai tre Paesi di riferimento prima menzionati.

A questo si aggiunge però che si manifesta una lieve ripresa per il nostro Paese grazie alle spese *out-of-pocket* delle famiglie: si passa infatti dall'8,8% del 2010-2012 al 9,0% del triennio 2013-2015. Del resto la Parte terza del presente Rapporto è interamente dedicata proprio a misurare i comportamenti e le ragioni che spingono le famiglie ad investire risorse proprie nei consumi sanitari.

Qualora si passi poi ad esaminare l'andamento della spesa sanitaria e ospedaliera sulla base di dati maggiormente dettagliati per il nostro Paese (tavv. 8 e 9) si vede come nel periodo 2010-2015:

- la spesa sanitaria pubblica totale a prezzi correnti cresca appena dell'1,2%, ma a prezzi costanti in realtà diminuisca del 4,5%;
- la spesa ospedaliera pubblica complessiva a prezzi correnti aumenti un po' di più e cioè del 2,9%, ma a prezzi costanti diminuisca anch'essa (-3,0%);
- la spesa ospedaliera accreditata nel suo complesso a sua volta scenda comunque del 4,3% a prezzi correnti, ma del 9,8% a prezzi costanti;
- e infine la spesa ospedaliera per le strutture private accreditate si contragga già a prezzi correnti nella misura del 2,3%, ma ben di più a prezzi costanti (-7,9%).

In particolare gli ospedali privati (case di cura accreditate) si trovano a doversi confrontare con i vari sistemi sanitari regionali che, davanti alla difficoltà di intervenire sul tema della razionalizzazione della spesa e ancora di più sull'organizzazione e sull'efficienza dei servizi, finiscono col cercare di ridurre spesa e servizi da parte dei privati accreditati (tav. 10):

- utilizzando il sistema dei "tetti" alle prestazioni (nel 90% dei casi);
- applicando, in caso di splafonamento dei "tetti", una regressione tariffaria (in più del 30% dei casi);
- erogando i pagamenti delle fatture con un ritardo mediamente di 4,6 mesi (nel 39% dei casi), anche se vengono erogati degli acconti mensili sul fatturato nella maggioranza delle situazioni.

Tav. 8 – Spesa sanitaria corrente negli anni 2010-2014 in miliardi di euro e N.I.: 2010 = 100,0

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.
Strutture osp. pubbliche	52,333	100,0	52,892	101,1	53,074	101,4	52,244	99,8	52,744	100,8	53,847	102,9
Ospedaliera accreditata	8,849	100,0	8,641	97,6	8,659	97,9	8,255	93,3	8,425	95,2	8,466	95,7
di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)	4,439	100,0	4,465	100,6	4,471	100,7	4,263	96,0	4,289	96,6	4,335	97,7
Spesa osp. pubblica totale	61,182	100,0	61,533	100,6	61,733	100,9	60,499	98,9	61,169	100,0	62,313	101,8
Altre funzioni di spesa	50,149	100,0	51,276	102,2	51,950	103,6	51,185	102,1	51,504	102,7	50,354	100,4
Spesa sanitaria pubbl. totale	111,331	100,0	112,809	101,3	113,683	102,1	111,684	100,3	112,673	101,2	112,667	101,2

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

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

Tav. 9 – Spesa sanitaria a prezzi costanti (*) negli anni 2010-2014 in miliardi di euro e N.I.: 2010 = 100,0

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.	In mld di euro	N.I.
Strutture osp. pubbliche	52,333	100,0	52,127	99,6	51,594	98,6	50,179	95,9	50,178	95,9	50,789	97,0
Ospedaliera accreditata	8,849	100,0	8,516	96,2	8,418	95,1	7,929	89,6	8,015	90,6	7,985	90,2
di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)	4,439	100,0	4,4	99,1	4,346	97,9	4,094	92,2	4,080	91,9	4,089	92,1
Spesa osp. pubblica totale	61,182	100,0	60,643	99,1	60,011	98,1	58,108	95,0	58,193	95,1	58,774	96,1
Altre funzioni di spesa	50,149	100,0	50,534	100,8	50,501	100,7	49,162	98,0	48,998	97,7	47,494	94,7
Spesa sanitaria pubbl. totale	111,331	100,0	111,176	99,9	110,513	99,3	107,269	96,4	107,191	96,3	106,268	95,5

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

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

Tav. 10 – L'evoluzione delle modalità dei riconoscimenti economici e della liquidazione dei corrispettivi nei confronti degli ospedali privati (case di cura accreditate)^(a)

Meccanismi	% sul totale dei casi esaminati										
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
– È stato utilizzato negli ultimi dodici mesi il sistema dei “tetti” alle prestazioni	90% ^(b)	89%	83%	95%	100%	95%	94%	94%	84%	100%	100%
– È stata applicata, in caso di splanamento dei “tetti”, una regressione tariffaria	32%	24%	32%	35%	50%	41%	50%	50%	56%	72%	70%
– Regressione media utilizzata rispetto alla tariffa piena	42%	27%	44%	39%	43%	51%	35%	40%	45%	44%	52%
– I pagamenti delle fatture vengono erogati con ritardo	39%	39%	50%	52%	61%	68%	72%	75%	79%	77%	90%
– Ritardo medio in 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)	78% ^(c)	72%	70%	86%	75%	63%	78%	83%	83%	72%	70%
– Entità media dell'acconto rispetto al fatturato relativo	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	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 Aiop, cui viene annualmente sottoposto un apposito questionario quantitativo/qualitativo.

(b) In realtà nel 2017 è il 94,7% per le prestazioni di ricovero e l'84,2% 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 e per il 27,8% ancora nel 2017.

Fonte: indagine *Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

2. La crescita e l'articolazione della spesa out-of-pocket delle famiglie

2.1. Una rincorsa compensativa rispetto al logoramento dell'offerta pubblica dei servizi sanitari

La tenuta di fondo, malgrado tutto, del Servizio Sanitario Nazionale nelle sue prestazioni medie non significa che non si sia in presenza di fenomeni di logoramento, da un lato e di reazioni attive evidenti rispetto a quest'ultimo da parte degli utenti, dall'altro.

Un indicatore immediato dell'intreccio logoramento/reazione può essere rappresentato, in prima istanza, dall'andamento in crescita delle spese sanitarie *out-of-pocket* delle famiglie italiane.

Infatti nel corso di dieci anni (2006-2016) tale andamento mostra una lievitazione che va da 29,1 a 35,7 miliardi di euro a prezzi correnti, con un incremento complessivo pari al 22,4%, come mette in evidenza la tavola 11.

Ma al di là della dinamica espansiva delle spese *out-of-pocket* delle famiglie vanno considerate le dinamiche di due altre grandezze e precisamente:

- quella della spesa sanitaria pubblica totale che sale da 99,1 miliardi di euro nel 2006 a 113,7 miliardi di euro nel 2016, con un incremento pari al 14,2% rispetto al 22,4% della spesa *out-of-pocket* delle famiglie;
- e quella della spesa totale per consumi delle famiglie italiane, che a sua volta aumenta, ma in misura ancora più contenuta e cioè dell'11,0% rispetto al 22,4% della spesa *out-of-pocket*.

Tutto ciò fornisce una prima idea della reazione compensativa delle famiglie:

- che hanno reagito al razionamento di fatto dei servizi, causato da riduzione dei medesimi, dal prolungamento delle attese, da maggiori costi di accesso, dal peggioramento della qualità: col risultato di far aumentare le risorse investite sulla salute da parte delle famiglie stesse;

Tav. 11 – Andamento delle spese sanitarie out-of-pocket delle famiglie italiane a confronto con la spesa sanitaria totale (a prezzi correnti)¹⁾

Fenomeni	Dati				
	2006	2011	2014	2015	2016
- La crescita più veloce delle spese per consumi sanitari <i>out-of-pocket</i> delle famiglie italiane:					
▪ In miliardi di euro	29,1	33,3	33,7	35,7	35,7
▪ N.I.: 2006 = 100,0	100,0	114,1	115,8	122,4	122,4
- La crescita più lenta della spesa sanitaria pubblica totale:					
▪ In miliardi di euro	99,6	112,8	112,7	112,7	113,7
▪ N.I.: 2006 = 100,0	100,0	113,2	113,1	113,1	114,2
- La crescita ancora più lenta della spesa totale per consumi delle famiglie italiane:					
▪ In miliardi di euro	929,4	1.012,8	994,1	1.016,1	1.031,6
▪ N.I.: 2006 = 100,0	100,0	109,0	107,0	109,3	111,0
- Rapporto % tra spesa per consumi sanitari <i>out-of-pocket</i> delle famiglie e spesa sanitaria pubblica totale	29,3	29,5	29,9	31,7	31,4
- Spesa <i>out-of-pocket</i> per consumi sanitari (media pro-capite in euro)	493	560	555	588	589
- Spesa sanitaria pubblica totale (media pro-capite in euro)	1.685	1.899	1.853	1.857	1.877

(1) Cfr. Parte terza/Tabella 1 (elaborazioni su dati Istat), pagg. 182-183.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

- e che hanno dedicato, malgrado la crisi profonda che abbiamo vissuto nell’ultimo decennio, più risorse proprie per la protezione della salute, riducendo evidentemente altri consumi.

È anche il caso di precisare che le dinamiche di incremento della spesa *out-of-pocket* negli anni intermedi crescono lentamente tra il 2006 e il 2008, per poi contrarsi con l’avvio della crisi e quindi riprendere vigore dal 2011 in poi quando le famiglie hanno dovuto affrontare le conseguenze della *spending review* che è stata declinata in funzione di una riduzione dei costi, ma senza esercitare, in parallelo, la responsabilità per un’adeguata riorganizzazione dei servizi, senza la quale si è finito per penalizzare gli utenti.

In conclusione la spesa media pro-capite *out-of-pocket* da parte delle famiglie per consumi sanitari passa da 493 a 589 euro tra il 2006 e il 2016, mentre la spesa sanitaria pubblica totale, calcolata pro-capite, cresce, nello stesso periodo, da 1.685 a 1.877 euro.

2.2. La composizione e le motivazioni della spesa *out-of-pocket* nelle dichiarazioni dei *care-giver*

I dati contenuti nella precedente tavola 11 derivano dall’indagine sui consumi delle famiglie italiane, ma si limitano a considerare solo la spesa sanitaria e solo tre grandi aggregati di essa e precisamente:

- i prodotti medicinali, gli articoli sanitari e il materiale terapeutico;
- i servizi ambulatoriali;
- i servizi ospedalieri.

Si è perciò deciso di dedicare una prima parte dell’indagine 2017 sui *care-giver* alla composizione, con maggiore dettaglio, della spesa sanitaria *out-of-pocket* delle famiglie italiane, ma anche della spesa assistenziale delle medesime oltre che delle ragioni che hanno indotto tali comportamenti¹.

Dalla tavola 12 si vede come i *care-giver* che hanno sostenuto una o più spesa sanitarie e/o assistenziali, per sé e/o per altri membri della famiglia:

- sono il 77,4% del campione nazionale intervistato, con riferimento a coloro che si sono rivolti a strutture pubbliche e/o a strutture private accreditate (con 19,9 milioni di famiglie coinvolte);
- sono invece il 66,7%, sempre del campione nazionale di *care-giver* intervistati, se ci si riferisce a coloro che si sono rivolti a strutture sanitarie e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno (in questo caso con 17,2 milioni di famiglie coinvolte);

¹ Il commento in dettaglio dei risultati dell’indagine sui *care-giver* si trova nei paragrafi 1.2 e 1.3 della Parte terza.

- mentre l'81,2% dei primi (cioè del 77,4% di cui sopra), pur essendosi rivolto a strutture pubbliche e/o private accreditate, ha anche avuto accesso a servizi sanitari e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno (coinvolgendo 16,2 milioni di famiglie italiane).

Le spese sanitarie *out-of-pocket* afferenti a prodotti e/o a servizi sanitari ammonterebbero a 26.425 milioni di euro (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 12), di cui:

- a) 9.900 milioni di euro che fanno capo alle famiglie che pure si sono rivolte a strutture pubbliche, partecipando in vario modo alla spesa (ticket in primo luogo), ma anche assumendosi spese dirette ad integrare l'offerta pubblica con prodotti e/o servizi di mercato (cfr. primo gruppo di dati della tavola 12);
- b) e 16.496 milioni di euro che invece riguardano le famiglie che si sono rivolte direttamente a prodotti o a servizi di mercato (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 12).

Alle spese precedenti si sommano poi quelle di tipo assistenziale che, stimate sulla base delle dichiarazioni dei *care-giver* intervistati, porterebbero ad una cifra complessiva pari a 5.604 milioni di euro, cui vanno aggiunti 7.684 milioni di euro che rappresentano la stima aggiuntiva, appositamente calcolata, per poter valutare il costo reale delle badanti². Pertanto le spese *out-of-pocket* complessive riguardanti l'assistenza salirebbero a 13.288 milioni di euro (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 12).

Si sarebbe davanti dunque ad una spesa *out-of-pocket* per spese sanitarie e per spese assistenziali, ricostruita sulla base delle dichiarazioni dei *care-giver*, pari a 39.713 milioni di euro (cfr. sempre terzo gruppo di dati della tavola 12).

Va però sottolineato che ricordare tutte le spese effettivamente sostenute da parte dei *care-giver* intervistati, con riferimento agli ultimi dodici mesi, è ragionevolmente impossibile. Perciò esistono quote ulteriori di spese implicite che contribuirebbero ad alzare anche in maniera significativa la cifra suddetta.

Quanto alle principali ragioni che stanno alla base di un investimento di risorse familiari specificamente per quanto riguarda i servizi sanitari è possibile registrare quanto contenuto alla fine della tavola 12, da cui si vede come:

- al 1° posto venga addotta la presenza di liste di attesa troppo lunghe per quanto riguarda le analisi, gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche, gli stessi ricoveri, ecc. (col 46,5% di addensamento di risposte);

² Cfr. la specifica dei calcoli che hanno condotto a stimare il costo complessivo delle badanti in Italia nel capitolo 1 degli Allegati.

Tav. 12 – La composizione in dettaglio della spesa out-of-pocket delle famiglie italiane e relative motivazioni, secondo le dichiarazioni dei care-giver (2017)¹

Fenomeni	Dati
<i>Care-giver che dichiarano di aver sostenuto delle spese sanitarie e/o assistenziali per sé e/o per altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi delle strutture pubbliche e/o private accreditate²</i>	
– Hanno sostenuto una e/o più spese	77,4%
– Stima del numero corrispondente di famiglie italiane coinvolte (in migliaia)	19.967
– Stima delle spese totali sostenute (in mil. di euro), di cui:	13.039
▪ Per spese sanitarie	9.929
▪ Per spese assistenziali	3.110
– Stima media totale ponderata della spesa per singola famiglia (in euro)	653
<i>Care-giver che dichiarano di aver sostenuto per sé e/o per altri membri della famiglia una e/o più spese negli ultimi dodici mesi per l'accesso a servizi sanitari e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno³</i>	
– Hanno sostenuto una e/o più spese	66,7%
– Stima del numero corrispondente di famiglie italiane coinvolte (in migliaia)	17.207
– Stima delle spese totali sostenute (in mil. di euro), di cui:	18.990
▪ Per spese sanitarie	16.496
▪ Per spese assistenziali	2.494
– Stima media totale ponderata della spesa per singola famiglia (in euro)	1.104
<i>Stima del totale delle spese sostenute dalle famiglie italiane sulla base delle dichiarazioni dei care-giver, di cui (in mil. di euro)⁴:</i>	
▪ Per spese sanitarie	39.713
▪ Per spese assistenziali	26.425
▪ Per integrazione stime del costo delle badanti a livello nazionale ⁵	5.604
	7.684

J.

(Segue) Tav. 12 – La composizione in dettaglio della spesa out-of-pocket delle famiglie italiane e relative motivazioni, secondo le dichiarazioni dei care-giver (2017)¹

Fenomeni	Dati
<i>Care-giver</i> che hanno sostenuto una e/o più spese sanitarie e/o assistenziali per sé e/o per altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi, avendo avuto accesso ai servizi delle strutture pubbliche e/o private accreditate, ma che hanno <u>anche</u> avuto accesso a servizi sanitari e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno:	
▪ Quota %	81,2% ⁶
▪ Numero di famiglie coinvolte (in migliaia)	16,213
Le ragioni dichiarate dai <i>care-giver</i> per le spese sanitarie <i>out-of-pocket</i> sostenute per sé e/o per gli altri membri della famiglia ⁷ :	
▪ La presenza di liste di attesa troppo lunghe per analisi, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, ricoveri, ecc.	1° posto (46,5%)
▪ Il fatto che non vengono più prescritti certi farmaci, ma anche perché è più rapido comprarli direttamente senza dover fare code dal medico di base per la prescrizione	2° posto (31,7%)
▪ Potersi rivolgere al medico/specialista di cui ci si fida	3° posto (28,7%)
▪ Le difficoltà burocratiche da affrontare presso le strutture pubbliche per poter effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti, ecc.	4° posto (13,0%)
▪ Una organizzazione non adeguata da parte dei servizi ospedalieri pubblici	5° posto (7,8%)

(1) Cfr. Parte terza/Capitoli 1.2 e 1.3 (che illustrano i risultati derivanti da un'indagine ad hoc, condotta nel 2017 su un campione rappresentativo di *care-giver*).

(2) Cfr. Parte terza/Tabella 3, pagg. 186-187.

(3) Cfr. Parte terza/Tabella 5, pagg. 192-193.

(4) Cfr. Parte terza/Tabella 5D, pag. 199.

(5) Si è anche effettuata una stima parallela del costo totale per le badanti in Italia attraverso un calcolo incrociato di dati oggettivi (cfr. capitolo 1 degli Allegati): il risultato è ovviamente ben superiore rispetto a quello dichiarato dai *care-giver* e tale differenza è appunto quella indicata (7.684 milioni di euro).

(6) Intendesi l'81,2% del 77,4% richiamato all'inizio della tavola 12.

(7) Cfr. Parte terza/Tabella 8, pag. 202 (le percentuali esposte rappresentano degli "addensamenti" di risposte ottenuti attraverso l'adesione a più opzioni possibili da parte degli intervistati).

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

- il 2° posto sia legato al fatto che non vengono più prescritti certi farmaci oppure anche al fatto che è più facile e rapido comprarli direttamente senza dover subire attese troppo lunghe dal medico di base per la relativa prescrizione (col 31,7% di addensamento di risposte);
- al 3° posto si colloca il desiderio di esercitare una libera scelta rispetto al medico e/o allo specialista di cui ci si fida (col 28,7% di addensamento di risposte);
- al 4° posto emergono le difficoltà burocratiche che vanno affrontate presso le strutture pubbliche per poter effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici, ecc. (col 13,0% di addensamento di risposte);
- e al 5° posto, infine, si adduce una ragione di tipo più generale e cioè quella di un'organizzazione non adeguata da parte dei servizi ospedalieri pubblici (col 7,8% di addensamento di risposte).

Se poi si considerano le spese sostenute dalle famiglie per il pagamento di ticket e compartecipazioni varie alla spesa, relativamente a prodotti e/o a servizi della sanità pubblica per l'acquisto di farmaci, per l'effettuazione di analisi di laboratorio, di accertamenti diagnostici o di visite specialistiche, per accedere al Pronto Soccorso come pure a prestazioni *intramoenia*, si è davanti ad una cifra (ricavata in parte dalle dichiarazioni dei *care-giver* e in parte sulla base dei dati oggettivi forniti dal Ministero della Salute e/o da Agenas) pari a 7.573 milioni di euro (cfr. primo gruppo di dati della tavola 13).

Ma tale cifra, rapportata a 9.929 milioni di euro e cioè alla stima delle spese sostenute complessivamente dalle famiglie per servizi e prodotti sanitari a seguito sia della compartecipazione alle spese sia all'integrazione dei servizi si ottiene un rapporto tutt'altro che trascurabile e pari al 76,3%. Questo significa che più di 3/4 delle spese sanitarie complessive per chi accede ai servizi pubblici e/o privati accreditati fanno capo a ticket e/o a compartecipazioni.

E, facendo un ulteriore passo avanti, si può prendere in considerazione il valore della spesa sanitaria pubblica del 2016 a prezzi correnti che risulta pari a 113.731 milioni di euro, a cui si andrebbero aggiunte le spese di cui sopra e cioè 7.573 milioni di euro che confluiscono nei fatti all'interno del bilancio totale della spesa sanitaria pubblica totale, il cui valore finirebbe col salire in realtà a 121.304 milioni di euro (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 13).

Insomma si può sostenere che il bilancio "reale" della spesa sanitaria pubblica è del 6,7% superiore a quello ufficialmente dichiarato, grazie a quella parte di spesa sanitaria *out-of-pocket* delle famiglie che pagano ticket e compartecipazioni di vario genere.

Tav. 13 – Le dimensioni accresciute della spesa sanitaria pubblica totale, in quanto corrette al rialzo per la compartecipazione relativa all'accesso dei servizi da parte delle famiglie¹

Fenomeni	Dati
– Stima delle spese sostenute dalle famiglie per servizi e prodotti sanitari a seguito della compartecipazione alla spesa e/o all'integrazione della medesima rispetto a quella ottenuta/ottenibile dal pubblico, di cui alla precedente tavola 12 (in mil. di euro) ²	9.929
– Stima delle spese sostenute dalle famiglie per ticket e compartecipazione alla spesa, relativi all'accesso a prodotti e/o a servizi della sanità pubblica: per farmaci, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, accesso al Pronto Soccorso, prestazioni in <i>intramoenia</i> (in mil. di euro) ³	7.573
– 2016 Rapporto % tra spese sostenute dalle famiglie per ticket e compartecipazione a seguito dell'accesso a prodotti e/o a servizi della sanità pubblica	76,3%
– Spesa sanitaria pubblica ufficiale 2016 a prezzi correnti (in mil. di euro) ⁴	113.731
– Incremento dovuto alle spese per ticket e per compartecipazione per l'accesso ai servizi della sanità pubblica	6,7%
– Spesa sanitaria pubblica totale 2016 in termini "reali" in quanto comprensiva delle spese per ticket e compartecipazione da parte delle famiglie (in mil. di euro)	121.304

(1) Stime predisposte sulla base delle risposte fornite dai *care-giver* nell'apposita indagine, i cui risultati utilizzati per le stime suddette sono contenuti nella Parte terza/capitolo 2.2.

(2) Cfr. Parte terza/Tabella 3, pagg. 186-187 (stime calcolate sulla base delle dichiarazioni raccolte attraverso l'indagine sui *care-giver*).

(3) Cfr. Parte terza/Tabella 3, pagg. 186-187 e Allegati/capitolo 1, pag. 317 e ss.

(4) Cfr. Parte terza/Tabella 1, pagg. 182-183.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

3. La ricerca (crescente) di alternative a fronte delle debolezze del sistema pubblico

3.1. Il logoramento percepito

Le motivazioni che spingono le famiglie ad investire parte delle proprie risorse economiche per far fronte a necessità di tipo sanitario trovano dunque un riferimento prevalente nei tempi troppo lunghi di attesa per ottenere le prestazioni nelle difficoltà burocratiche per avere accesso a queste ultime, nella minor copertura pubblica di certi farmaci, nella compartecipazione alla spesa (soprattutto attraverso i ticket). Certo, ci sono anche esigenze, legate al bisogno e/o alla scelta di integrare ciò che il sistema pubblico offre, acquistando prodotti e/o servizi ritenuti migliori e più affidabili sul mercato.

Tuttavia è il caso di sottolineare che le motivazioni prevalenti sono quelle legate a risposte non adeguate (o ritenute tali) da parte delle strutture pubbliche, le quali – ed è bene ricordarlo – devono affrontare contemporaneamente un aumento della domanda (sia per l'invecchiamento della popolazione sia per le attese di prestazioni sempre migliori da parte degli utenti): il tutto a fronte di risorse pubbliche che risultano più contenute e non di rado in una situazione obbligata di recupero di disavanzi precedenti da parte di alcuni sistemi sanitari regionali.

Il risultato di tutto questo porta ad una insoddisfazione crescente da parte dei *care-giver* sia che abbiano o che non abbiano avuto occasione di utilizzare, per sé e/o per i familiari, servizi sanitari e socioassistenziali negli ultimi dodici mesi. Si consideri come tale livello di insoddisfazione (cfr. primo gruppo di dati della tavola 14):

- salga dal 21,3% del 2015 al 32,2% del 2017: ma arrivi al 36,7% per gli intervistati del Centro Italia e addirittura al 51,3% dei *care-giver* residenti nel Mezzogiorno;
- e una dinamica simile sia rilevabile per quanto riguarda specificamente gli ospedali, visto che il livello di insoddisfazione passa dal 22,7% del

2016 al 30,2% del 2017 (ma in quest'ultimo anno in realtà il giudizio negativo interessa il 36,1% dei *care-giver* del Centro Italia e addirittura il 50,6% dei *care-giver* del Mezzogiorno).

Del resto la scarsa e/o nulla sensazione di “essere messi al centro come pazienti” da parte dei *care-giver* (e/o relativi familiari) che abbiano effettivamente avuto esperienze ospedaliere negli ultimi dodici mesi, cresce nei tre anni considerati, passando dal 19,3% del 2014 al 32,4% del 2017, ma con un'evidente situazione peggiorativa per il Centro Italia (34,0%) e per il Mezzogiorno (41,3%), come evidenzia il secondo gruppo di dati della tavola 14.

Viene inoltre registrato il fenomeno del peggioramento nel trattamento dei pazienti, testimoniato dai *care-giver* che hanno avuto esperienza all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche nei precedenti due anni: tale peggioramento percepito era del 15,2% nel 2015, ma lievita al 18,0% nel 2017 (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 14).

Un ulteriore elemento di disagio percepito è quello che riguarda gli eventuali rimandi e/o rinunce alle prestazioni, che sono state calcolate (per l'anno 2017) come rapporto tra le dichiarazioni di rimandi e/o rinunce e il totale dei potenziali portatori di bisogni, costituiti a loro volta da coloro che hanno rinunciato, rimandato o che hanno avuto effettivamente accesso alle prestazioni¹. Naturalmente anche in questo caso si è tenuto conto di quanto affermato dai *care-giver* in tema di rimando e/o rinuncia ad una o più prestazioni da parte di se stessi e/o di altri membri della famiglia. Ebbene a tale proposito si vede come (cfr. quarto gruppo di dati della tavola 14):

- più di 1/4 (26,8%) dei *care-giver* intervistati abbia effettivamente rimandato e/o rinunciato a una o più prestazioni nel 2017;
- ma il 20,0% di chi ha rinunciato e/o rimandato nel 2017 ha rinunciato anche nel 2016;
- e ancora il 16,5% di chi ha rimandato e/o rinunciato nel 2017 aveva rimandato e/o rinunciato anche nel 2016.

Come si vede si è in presenza di un fenomeno che può assumere le caratteristiche di tipo “ricorsivo” nel tempo, contribuendo presumibilmente a peggiorare le condizioni di salute delle persone.

Quanto alle principali ragioni dei rimandi e/o delle rinunce alle prestazioni si può registrare (cfr. ultimo gruppo di dati della tavola 14):

- il permanere dello stesso ordine di priorità di tali ragioni, tra il 2016 e il 2017, che vede collocate al 1° posto – e con una forte adesione da parte degli intervistati – le difficoltà economiche delle famiglie (la crisi evidentemente ha fatto sentire la sua influenza) e al 2° posto i tempi di attesa troppo lunghi, con un'analoga forte adesione;

¹ Cfr. per maggiori dettagli Parte terza/Tabella 9B e relativo commento.

Tav. 14 – La percezione del progressivo logoramento dell'offerta di servizi sanitari pubblici e l'inadeguatezza dei "sistemi di giunzione"¹⁾

Fenomeni		Dati							
		2015		2016		2017			
-	L'insoddisfazione crescente verso il sistema sanitario della propria Regione da parte dei <i>care-giver</i> (Giudizi "Poco + Per nulla soddisfatto") ²⁾ : ▪ Nei confronti dei servizi sanitari e socioassistenziali ▪ Nei confronti degli ospedali della propria Regione	21,3		25,0		<u>Totale</u>	<u>Nord</u>	<u>Centro</u>	<u>Sud</u>
						32,2	17,3	36,7	51,3
						<u>Totale</u>	<u>Nord</u>	<u>Centro</u>	<u>Sud</u>
						30,2	14,0	36,1	50,6
		<u>2014³⁾</u>				<u>2017⁴⁾</u>			
-	La scarsa e/o nulla sensazione di "essere messi al centro" come pazienti, da parte dei <i>care-giver</i> che hanno avuto esperienze ospedaliere negli ultimi dodici mesi	19,3		32,4		<u>Totale</u>	<u>Nord</u>	<u>Centro</u>	<u>Sud</u>
						27,8	34,0	41,3	
Il peggioramento del trattamento dei pazienti (<i>care-giver</i> e/o familiari) nelle strutture ospedaliere pubbliche con riferimento agli ultimi due anni (Giudizi "Trattamento lievemente + decisamente peggiorato") ⁵⁾									
-	Il ripetuto rimando e/o rinuncia ad una o più prestazioni, da parte del <i>care-giver</i> e/o di altri membri della famiglia, nell'ultimo triennio ⁶⁾ : ▪ Rinunce e rimandi nel 2017 sul totale degli aventi bisogno ▪ Rinunce e rimandi nel 2016 rispetto a coloro che hanno rimandato e rinunciato nel 2017 ▪ Rimandi e rinunce nel 2015 rispetto a coloro che hanno rimandato e rinunciato nel 2017					<u>2015</u>		<u>2017</u>	
						15,2		18,0	
-	Ragioni principali dei rimandi e/o delle rinunce alle prestazioni ⁷⁾ : ▪ Le difficoltà economiche familiari ▪ Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni ▪ Le difficoltà burocratiche per accedere alle prestazioni ▪ La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti ▪ Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti					<u>2016</u>		<u>2017</u>	
						1° (54,6)		1° (48,8)	
						2° (52,1)		2° (47,6)	
						3° (15,8)		3° (16,1)	
						4° (10,2)		4° (14,0)	
						5° (8,9)		5° (10,0)	

./.

(Segue) Tav. 14 – La percezione del progressivo logoramento dell'offerta di servizi sanitari pubblici e l'inadeguatezza dei "sistemi di giunzione"¹⁾

Fenomeni	Dati		
	2014	2017	
- La crescente debolezza delle "giunzioni" al momento della scelta dell'ospedale ("Difficoltà molto + abbastanza importanti") ⁸⁾			
▪ Trovare informazioni affidabili sull'ospedale, sui medici, sui servizi ospedalieri, per poter scegliere la struttura maggiormente appropriata	29,7	38,2	
▪ 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	
▪ Aver aspettato troppo a lungo a causa delle liste di attesa, poiché non c'era posto al momento del bisogno	24,2	54,1	
▪ 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	
- La crescente debolezza delle "giunzioni" al momento delle dimissioni ospedaliere ("Difficoltà molto + abbastanza importanti") ⁹⁾			
▪ Le dimissioni sono state troppo rapide e il paziente non era ancora sufficientemente in forze	16,4	30,5	
▪ Manca una struttura ospedaliera di medio livello, dove completare il percorso di cura da parte del paziente, specie nei disagi di tipo grave (la degenza risulta ormai troppo breve e con dimissioni troppo rapide)	15,4	28,9	
▪ 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	
▪ Il paziente è dovuto rientrare in ospedale poiché non c'era un adeguato collegamento con i servizi socioassistenziali per la fase di post-ricovero (strutture di riabilitazione e di lungodegenza, Rsa, assistenza a domicilio, ecc.)	18,1	21,2	

(1) Sulla base delle dichiarazioni dell'indagine sui *care-giver*, contenuta nella Parte terza del presente Rapporto.

(2) Cfr. Parte terza/Tabella 11, pag. 213 e Tabella B11 nel capitolo 4 degli Allegati, pag. 415.

(3) Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute/2014*, Tabella A/9 nel capitolo 4 degli Allegati.

(4) Cfr. Allegati, Capitolo 4/Tabella B13, pag. 419.

Fonte: *indagine Ermenega – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

- ma anche l’emergere di una perdita relativa di importanza delle prime due ragioni ricordate, tra il 2016 e il 2017, a fronte di un aumento di importanza delle successive tre ragioni che invece riguardano:
 - le difficoltà burocratiche necessarie per avere accesso alle prestazioni;
 - la diminuzione di queste ultime offerte effettivamente ai pazienti;
 - ed infine il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) messi a disposizione dalle relative strutture.

Un aspetto del progressivo peggioramento dei servizi riguarda il tema delle “giunzioni”, esaminate, in questo paragrafo, al momento dell’accesso in ospedale e al momento di affrontare il periodo di post-dimissione.

Sempre nella tavola 14 sono state richiamate alcune difficoltà, dichiarate dai *care-giver* nel 2014 e quindi nel 2017. Il risultato configura un disagio in aumento del tutto evidente. Infatti qualora si debba entrare in ospedale la cosa più difficile riguarda l’informazione, poiché:

- trovarne di affidabili per quanto riguarda gli ospedali, i medici e i servizi relativi rappresenta sempre un problema crescente (dal 29,7% del 2014 al 38,2% del 2017);
- anche perché spesso non si ha alcuna informazione dal medico di medicina generale a tale proposito (dal 27,3% al 32,9% nel triennio).

Il risultato in molti casi è di dover attendere, anche a lungo, finché si raggiunge il proprio turno nelle liste di attesa. Ma questo può creare un problema al paziente: l’incremento che si è avuto nel triennio di tali difficoltà dà un’idea dell’importanza di questo aspetto (dal 24,2% al 54,1%). Di conseguenza si può arrivare ad utilizzare il Pronto Soccorso proprio per poter sfruttare il ricovero d’urgenza e tagliare così il tempo delle liste di attesa, situazione questa che interessa il 24,6% dei *care-giver* nel 2014, ma il 26,2% nel 2017.

Esiste peraltro un successivo momento delicato in cui si avverte l’inadeguatezza del “sistema di giunzioni”: ci si riferisce alle decisioni che bisogna prendere in occasione delle dimissioni del paziente, per affrontare i successivi necessari passaggi. E infatti sempre nella tavola 14 si vede come anche in tal caso il peggioramento nel triennio risulti del tutto evidente, visto che:

- le dimissioni troppo rapide quando il paziente non era ancora sufficientemente in forze costituiscono un’esperienza da parte del 16,4% dei *care-giver* nel 2014, incidenza questa che quasi si raddoppia nel 2017 (30,5%);
- coerentemente si rileva in proposito la mancanza di una struttura ospedaliera di medio livello che possa completare il percorso di cura, con un po’ di assistenza medica aggiuntiva, specie nel caso dei disagi di tipo grave perché spesso si è in presenza di dimissioni troppo rapide (anche in tal

caso i dati non fanno che confermare quelli immediatamente precedenti, visto che si passa dal 15,4% del 2014 al 28,9% del 2017);

- in particolare può anche accadere che le strutture di riabilitazione post-ricovero non si rivelino adeguate rispetto all'intervento chirurgico subito oppure alle cure precedentemente avute in ospedale: era questa una difficoltà importante per il 21,7% dei *care-giver* nel 2014, che sale però al 25,6% nel 2017;
- e infine si può anche verificare che il paziente debba rientrare in ospedale proprio perché non esiste un adeguato collegamento con i servizi socioassistenziali per la fase di post-ricovero come strutture di riabilitazione, di lungodegenza, Rsa, assistenza a domicilio, ecc.: e anche in tal caso le difficoltà aumentano dal 18,1% del 2014 al 21,2% del 2017.

In conclusione si può dunque affermare come si manifesti una crescita progressiva del processo di razionamento implicito dei servizi, legato alle ragioni più varie: all'aumento delle difficoltà burocratiche di accesso, alla diminuzione delle prestazioni e/o ad un peggioramento delle medesime, nonché alla crescita di difficoltà sul piano dei "sistemi di giunzione", in ingresso come pure in uscita dall'ospedale.

3.2. Il consolidarsi di un quadro di strategie di reazione

Le debolezze relative all'offerta di servizi sanitari costituisce un fenomeno che cresce nel tempo, provocando, come si è ricordato negli ultimi Rapporti "Ospedali&Salute" una sorta di "effetto accumulo" che finisce con l'aggravare le condizioni di accesso e di utilizzo delle prestazioni sanitarie. Ma a questo si affianca un parallelo "effetto consolidamento" delle strategie adottate da cittadini e utenti che cercano di sopperire all'indebolimento complessivo di sistema, di cui il ricorso alle spese *out-of-pocket* da parte delle famiglie² costituisce una componente non esclusiva di tali strategie, poiché si manifestano, in parallelo, propensioni e comportamenti di tipo alternativo/compensativo su più piani: si potrebbe affermare che gli utenti "votano con i piedi oltre che con la testa", spostandosi da una tipologia di tipologia all'altra come pure da un territorio all'altro alla ricerca di risposte maggiormente appropriate.

Ecco allora un primo significativo esempio di "comportamento reattivo", concernente il ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a

² Argomento che viene trattato in dettaglio nella Parte terza/capitolo 2 ed è richiamato, in sintesi, nelle precedenti tavole 7, 8 e 9.

pagamento da parte dei *care-giver* (o di altri membri della famiglia) a seguito di eventuali disagi incontrati nell'ambito delle strutture ospedaliere pubbliche.

In proposito si può vedere come le risposte tendano per l'appunto a consolidarsi negli ultimi due anni considerati (le relative indagini sono state condotte nel 2015 e nel 2017), visto che (cfr. primo gruppo di dati della tavola 15):

- il 40% o poco più degli intervistati dichiara di aver avuto accesso ad ospedali privati accreditati;
- e più o meno il 20% di aver fatto ricorso a cliniche private.

E quanto alle ragioni che stanno alla base del ricorso ad ospedali privati accreditati si vede come (cfr. secondo gruppo di dati della tavola 15):

- al 1° posto venga a collocarsi il tema delle minori attese per ottenere prestazioni rispetto all'ospedale pubblico in entrambi gli anni considerati;
- ma crescano, tra il 2015 e il 2017, due ragioni importanti come la maggior fiducia nell'ospedale accreditato e nei medici che vi operano e come quello legato ad una scelta attenta e ponderata effettuata nell'ambito familiare;
- mentre tendano a diminuire lievemente di importanza altre ragioni come la vicinanza dell'ospedale alla propria abitazione o il consiglio di parenti, amici e conoscenti;
- e infine rimanga costante, per quasi 1 intervistato su 10, “una certa sfiducia di fondo nell'ospedalità pubblica”.

Un secondo esempio significativo di “comportamento reattivo” riguarda la propensione ad accedere, nel corso dei dodici mesi precedenti, a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni rispetto a quella di residenza del *care-giver* e dei relativi familiari (cfr. terzo gruppo di dati della tavola 15).

In tal caso si è in presenza di una netta crescita degli orientamenti reali e potenziali verso una scelta di questo tipo, qualora si misuri la propensione semplicemente ad una distanza di un solo anno tra le due indagini appositamente condotte. Più specificamente:

- i *care-giver* che si dichiarano orientati a fare *concretamente* l'esperienza di ricovero extraregionale passano dal 10,1% al 16,4% tra il 2016 e il 2017, comprendendovi coloro che hanno fatto effettivamente questa esperienza, ma anche gli intervistati che erano pronti a farla ma poi hanno rinunciato poiché la lista di attesa era troppo lunga; oppure coloro che erano intenzionati a fare ricorso a questo tipo di ricovero ma la Asl di riferimento non ha dato l'autorizzazione oppure ancora coloro che non hanno fatto ricorso solo perché c'era un problema relativo alle spese che

avrebbero dovuto sostenere come accompagnatori per assistere il paziente;

- i *care-giver* che si dichiarano *potenzialmente* a fare l'esperienza crescano a loro volta dal 18,1% al 31,3% sempre nei due anni presi in considerazione: in questo caso comprendendo gli intervistati che non hanno fatto ricorso ma hanno comunque valutato la possibilità di rivolgersi ad ospedali di un'altra Regione come pure gli intervistati che, non avendo fatto ricorso, dichiarano che, per un problema serio di salute, valuterebbero sicuramente l'opportunità di rivolgersi a strutture ospedaliere fuori Regione;
- ed infine i *care-giver* che non si sono posti il problema scendono dal 71,8% del 2016 al 52,3% del 2017 e questo avviene per varie ragioni: o perché le strutture ospedaliere presenti nel Comune, nella Provincia o nella Regione di residenza risultavano abbastanza o del tutto adeguate alle necessità del momento o perché non erano consapevoli che si poteva ricorrere ad ospedali fuori Regione senza oneri aggiuntivi per i pazienti.

Per quanto riguarda le principali ragioni del ricorso (reale o potenziale) da parte dei *care-giver* ad ospedali fuori Regione si ricorda quanto è emerso nell'indagine del 2016 che evidenziava come i *care-giver* intervistati:

- mettessero al 1° posto in maniera convinta (44,2% di addensamento di risposte) la qualità dei servizi sanitario-ospedalieri rispetto a quelli della Regione di appartenenza;
- collocassero rispettivamente al 2° e al 3° posto (con un'intensità di addensamento di risposte attorno al 30%) la presenza di personale medico di fiducia proprio negli ospedali extraregionali prescelti come pure la presenza in questi ultimi di specializzazioni che non esistono in strutture ospedaliere di tipo regionale;
- temessero che le serie ragioni di salute costituiscono di per sé una ragione importante ma non sufficiente e per questo quest'ultima veniva collocata al 4° posto (col 20,7% di addensamento di risposte);
- mentre collocassero la presenza di liste di attesa troppo lunghe negli ospedali della Regione di residenza solo al 5° posto in ordine di priorità (col 16,9% di addensamento di risposte) e praticamente con la stessa intensità (16,5%) collocassero la qualità dei servizi di ospitalità (come camera, cibo, personale di servizio nelle strutture di un'altra Regione rispetto alla propria).

Del resto proprio se si considerano i dati oggettivi (cfr. quinto gruppo di dati della tavola 15) si può vedere come il numero di ricoveri extra Regione tenda a diminuire in valori assoluti, ma a crescere in valori percentuali, se rapportato al numero dei ricoveri totali, i quali a loro volta diminuiscono

drasticamente: infatti la percentuale di ricoveri extra Regione sui ricoveri totali passa dall'8,2% del 2010 al 9,2% del 2015, mentre i ricoveri totali diminuiscono del 16,4% nel 2014 rispetto al 2010 e del 2,8% tra il 2014 e il 2015: segno evidente questo di una strategia attiva di reazione perseguita dai pazienti e dalle loro famiglie.

Vicino ai comportamenti concreti e/o agli orientamenti espliciti verso soluzioni alternative/compensative vanno considerate anche le propensioni e le conoscenze che possono riguardare gli utenti o i cittadini più in generale.

Nel sesto gruppo di dati della tavola 15 si vede come la propensione a scegliere tra varie possibilità al momento del ricovero ospedaliero da parte degli utenti effettivi i relativi servizi negli ultimi dodici mesi, sale con gradualità dal 21,2% del 2009 al 29,8% del 2017.

Mentre se si considerano i cittadini italiani si vede come (cfr. 7° e 8° gruppo di dati della tavola 15):

- cresca – sia pure lentamente – la conoscenza (chiara) della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati, visto che si passa dal 35,5% di intervistati nel 2009 al 39,3% nel 2017;
- si consolidi anche la conoscenza – sempre da parte dei cittadini italiani – della possibilità di trasferirsi per ragioni di cura in ospedali al di fuori della propria Regione senza oneri aggiuntivi, visto che gli intervistati restano attorno ad una quota del 31% circa tra il 2009 e il 2017 (se si considerano coloro che dichiarano di essere perfettamente a conoscenza di tale opportunità); ma aumenti anche la quota di coloro che “sembrano ricordare”, i quali a loro volta crescono dal 41,5% al 44,7%;
- e così aumenta la conoscenza da parte dei cittadini della disposizione europea che permette di recarsi, per prestazioni sanitarie e ospedaliere, nelle strutture dei diversi Paesi dell'Unione, visto che chi ne è perfettamente al corrente passa dal 14,1% del 2013 (anno in cui è entrata in vigore tale normativa) al 18,5% del 2017 e in parallelo lievita anche la quota di coloro che “ne hanno sentito almeno parlare”, la quale sale dal 29,1% al 34,2% nello stesso periodo.

Infine una domanda particolare è stata rivolta nell'ambito dell'indagine congiunturale al campione nazionale di 4.000 cittadini adulti nel corso dell'anno 2017. Nell'ultimo gruppo di dati della tavola 15 infatti vengono riportate le risposte degli intervistati circa il soggetto a cui essi preferirebbero rivolgersi, sulla base della loro esperienza e in presenza di un problema serio e/o urgente di salute, al fine di ottenere visite, analisi, accertamenti diagnostici o ricoveri: e tutto questo mettendo in gioco, da un lato i servizi territoriali della Asl (medico di base, poliambulatori specialistici, Case della salute, ecc.) o, dall'altro gli ospedali.

Tav. 15 – Strategie compensative messe in atto dai pazienti come risposta al logoramento dei servizi sanitari pubblici

Fenomeni	Dati						
– Il ricorso negli ultimi dodici mesi ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte dei <i>care-giver</i> e/o della famiglia a seguito di eventuali disagi derivanti dall'accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche e dalla relativa qualità di tali servizi ¹ :		2015	2017				
	▪ Ricorso ad ospedali privati accreditati	40,6	41,3				
	▪ Ricorso a cliniche private	20,3	19,2				
– Ragioni del ricorso da parte dei <i>care-giver</i> e/o dei membri della famiglia ad ospedali privati accreditati negli ultimi due anni ² :	▪ Minor attesa per le prestazioni	2015	2017				
	▪ La maggior fiducia nell'ospedale accreditato e nei medici che vi operano	1° (42,0)	1° (44,6)				
	▪ La necessità di affrontare un'attesa troppo lunga per avere accesso all'ospedale pubblico	4° (20,9)	2° (29,3)				
	▪ La vicinanza dell'ospedale a casa	2° (30,1)	3° (24,0)				
	▪ Il frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia	3° (22,3)	4° (21,8)				
	▪ Il consiglio di parenti, amici e conoscenti	6° (13,9)	5° (19,9)				
	▪ Una certa sfiducia nell'ospitalità pubblica	5° (14,3)	6° (12,2)				
		7° (9,5)	7° (9,2)				
	– Ricorso negli ultimi dodici mesi a strutture ospedaliere presenti in altre Regioni da parte dei <i>care-giver</i> e/o di altri componenti della famiglia ³ :	2015	2017				
	▪ Orientamento a fare concretamente l'esperienza presso strutture ospedaliere extraregionali	10,1	16,4				
– Orientamento potenziale a fare l'esperienza presso strutture ospedaliere extraregionali	▪ Non si sono posti il problema	18,1	31,3				
		71,8	52,3				
	– Le principali ragioni del ricorso da parte dei <i>care-giver</i> e/o dei familiari a strutture ospedaliere situate al di fuori della propria Regione ⁴ :	2016					
	▪ La qualità dei servizi sanitari ospedalieri rispetto a quelli della mia Regione di appartenenza	1° (44,2)					
	▪ La presenza di personale medico di fiducia negli ospedali extraregionali a cui ci si voleva rivolgere	2° (31,0)					
	▪ La presenza di specializzazioni che non esistono in strutture ospedaliere appartenenti al Servizio Sanitario della mia Regione	3° (30,4)					
	▪ Le serie ragioni di salute	4° (20,7)					
	▪ La presenza di liste di attesa troppo lunghe negli ospedali della mia Regione	5° (16,9)					
	▪ La qualità di servizi di ospitalità (camere, cibo, personale di servizio, ecc.) rispetto alle strutture presenti nella mia Regione	6° (16,5)					
– Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure/interventi in strutture ospedaliere di altre Regioni da parte dei <i>care-giver</i> e/o dei membri della famiglia ristretta e/o allargata, posti a confronto con l'andamento parallelo del totale dei ricoveri in Italia ⁵ :	Numero di ricoveri extraregione	2010	2014	2015			
	▪ Numero di ricoveri extraregione sui ricoveri totali	810.000	735.000	741.000			
	▪ Numero totale ricoveri in Italia	8,2	8,9	9,2			
	▪ % di diminuzione del totale dei ricoveri nel periodo 2010-2015	9.906.007	8.280.795	8.048.998			
		-	-16,4	-2,8			

J.

(Segue) Tav. 15 – Strategie compensative messe in atto dai pazienti come risposta al logoramento dei servizi sanitari pubblici

Fenomeni	Dati		
	2009	2013	2017
– Andamento della propensione a scegliere tra varie possibilità al momento del ricovero ospedaliero, negli ultimi dodici mesi da parte degli utenti ⁶ :	21,2	28,0	29,8
– Conoscenza della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati da parte dei cittadini italiani ⁷ :	2009	2013	2017
▪ Sì, con chiarezza	35,5	39,3	39,7
▪ Sì, se ne ha un'idea vaga	43,1	40,6	44,7
– Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di trasferirsi per ragioni di cura in ospedali al di fuori della propria Regione ⁸ :	2009	2013	2017
▪ Sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	31,9	35,2	30,8
▪ Sembrano ricordare che c'è questa possibilità	41,5	41,0	44,7
– Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie ospedaliere nelle strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea ⁹ :		2013	2017
▪ Sì, sono al corrente		14,1	18,5
▪ Ne hanno sentito parlare		29,1	34,2
– Propensione dei cittadini che hanno (o pensano di avere) un problema serio e/o urgente di salute, a rivolgersi ai servizi ospedalieri anziché alla medicina territoriale ¹⁰ :			2017
▪ Preferiscono rivolgersi innanzitutto al medico di base			1° (78,2)
▪ Preferiscono, nel caso di una risposta non adeguata del medico di base o degli specialisti Asl, rivolgersi al medico specialista ospedaliero di cui si ha fiducia			2° (59,2)
▪ Preferiscono rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero se non hanno trovato una risposta adeguata/rapida dal medico di base o da specialisti Asl			3° (43,9)
▪ Preferiscono rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero qualora le liste di attesa per visite specialistiche, accertamenti diagnostici o ricoveri siano troppo lunghe			4° (26,8)
▪ Preferiscono rivolgersi sin da subito al Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che ai servizi Asl per non perdere tempo			5° (19,7)
▪ In sintesi tendono ad usare di più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio			6° (20,0)

- (1) Cfr. Parte terza/Tabella 19, pag. 230.
 (2) Cfr. Parte terza/Tabella 20, pag. 231 (le percentuali rappresentano degli "addensamenti" di risposte ottenuti attraverso l'adesione al massimo di tre opzioni possibili).
 (3) Cfr. Parte terza/Tabella 21, pag. 233.
 (4) Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute* 2016, Parte terza/tabella 10.
 (5) Elaborazione su dati Ministero della Salute, a partire dai dati SDO.
 (6) Cfr. Parte seconda/Tabella 5, pag. 146.
 (7) Cfr. Parte seconda/Tabella 7, pag. 149.
 (8) Cfr. Parte seconda/Tabella 8, pag. 151.
 (9) Cfr. Parte seconda/Tabella 11, pag. 158.
 (10) Cfr. Parte seconda/Tabella 13, pag. 160 (le percentuali rappresentano degli "addensamenti" di risposte ottenuti attraverso l'adesione al massimo di tre opzioni possibili) + le Tabelle A13, B13 e C13, collocate nel capitolo 3 degli Allegati.

Fonte: *indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Il risultato mostra abbastanza chiaramente un fenomeno di progressiva “territorializzazione” dei servizi ospedalieri rispetto a quelli della medicina territoriale, con molte distorsioni che riguardano l’uso improprio del Pronto Soccorso quale strumento per superare inadeguatezze e ritardi dell’offerta sanitaria come pure ansie personali di diagnosi e cure o di interventi. Infatti:

- la propensione principale è quella di rivolgersi innanzitutto al medico di base (1° posto, col 78,2% di addensamento di risposte);
- esiste poi un orientamento esplicito e preferenziale verso la struttura ospedaliera e specificamente verso il medico specialista che vi opera e di cui si ha fiducia, nel caso di una risposta che appare essere non adeguata da parte del medico di base (orientamento questo che occupa il 2° posto in ordine di priorità, col 59,2% di addensamento di risposte);
- ma poi emergono almeno tre propensioni che hanno a che fare comunque con la spinta ad utilizzare in via più o meno diretta il Pronto Soccorso: o perché non si trova una risposta adeguata e/o rapida presso il medico di base o presso gli specialisti Asl (risposte che occupa il 3° posto in ordine di priorità, col 43,9% di addensamento di risposte); o perché le liste di attesa per le visite specialistiche, per gli accertamenti diagnostici o per i ricoveri risultano essere troppo lunghe (risposta che viene a collocarsi al 4° posto, col 26,8% di addensamento di risposte); o ancora per la semplice ragione che non si vuol perdere tempo (ragione collocata al 5° posto, col 19,7% di addensamento di risposte).

Ma è interessante, al di là di quanto appena richiamato, registrare – in sintesi – che 1 intervistato su 5 non esita a dichiarare che “preferisce usare di più l’ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio”. E tale orientamento pari al 20% in media per l’intero campione si accentua³:

- più per la componente maschile (23,7%) che non per quella femminile (16,5%);
- più per chi si trova ad occupare il ruolo responsabile di capofamiglia (24,4%) rispetto a chi non svolge tale ruolo (16,6%);
- più per chi risiede preferibilmente nel Nord (22% circa) rispetto a chi risiede nel Mezzogiorno (17,2%);
- più per chi risiede in Comuni di media e/o grande dimensione (24% circa) rispetto a coloro che abitano nei Comuni minori (15,6%);
- più per coloro che si autocollocano in un livello socioeconomico basso e/o medio-basso (24,9%) rispetto ad un livello medio e/o medio-alto (15% circa);

³ Cfr. a tale proposito le tabelle di incrocio A13, B13 e C13 del capitolo 3 degli Allegati, contenenti tutte le tavole di incrocio relative all’indagine sulla popolazione/2017.

- ma soprattutto per chi ha dovuto sperimentare e per chi ha dovuto ricorrere a servizi ospedalieri in presenza di una malattia e/o di un intervento grave (36,3%!) rispetto a chi è stato interessato da una malattia/intervento di tipo leggero (16,6%);
- e in genere da coloro che non sono a conoscenza delle alternative esistenti tra strutture pubbliche e private accreditate (25,1%), delle opportunità di curarsi in strutture extra regionali rispetto a quelle della propria Regione (25,2%) o analogamente di poter utilizzare strutture ospedaliere di altri Paesi europei (24,4%).

3.3. La parallela esigenza di una buona strategia pubblica di prevenzione*

3.3.1. La crisi economica ne ha evidenziato ulteriormente l'importanza

Come già evidenziato nel Rapporto *Ospedali&Salute 2016*⁴, la crisi finanziaria ed economica che ha interessato l'Europa e l'intero Occidente negli ultimi anni ha influito anche sulla riduzione degli investimenti destinati al Sistema Salute, con un impatto complessivo sugli *outcome* di salute della popolazione. Tale impatto richiede un approfondimento a livello nazionale.

Si può ritenere che la crisi possa avere una funzione di determinante di salute in connessione con la riduzione dell'accesso alle cure in generale e nello specifico delle cure sottoposte a ticket o ad altre forme di pagamento *out-of-pocket*. Inoltre, si può certamente affermare che la crisi e la relativa "perdita di controllo" sulla vita delle persone, specie se appartenenti a fasce sociali meno abbienti⁵, si manifestino soprattutto a livello delle componenti di natura sociale, con inevitabili ripercussioni, tuttavia, anche sulle componenti di tipo sanitario.

Nelle tavole riportate di seguito (tavole 16, 17 e 18), prodotte dall'Istat⁶, si descrive come, nelle differenti macroaree italiane, la rinuncia a diversi ser-

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

⁴ Cfr. Parte terza, capitolo 1.4, pag. 64.

⁵ Cfr. Marmot M., *The health gap: the challenge of an unequal world*, Bloomsbury Publishing, 2015.

⁶ Cfr. Istat, *La cura e il ricorso ai servizi sanitari*, 2015, <http://www.istat.it/it/archivio/156420>.

Tav. 16 – Persone che nei dodici mesi precedenti l'intervista hanno rinunciato a trattamenti di riabilitazione per motivo di rinuncia, giudizio sulle risorse economiche e ripartizione geografica. Anno 2013 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Territorio	Almeno una rinuncia (a)	Motivo della rinuncia (b)				
		Costi eccessivi	Lista di attesa lunga	Criticità logistiche	Motivi lavorativi	Motivi familiari
- Nord-Ovest	1,8	56,1	17,9	10,7	15,0	7,2
- Nord-Est	2,5	58,6	14,9	11,4	15,8	10,2
- Centro	2,6	67,4	17,9	14,4	11,6	7,2
- Sud	2,5	72,4	13,2	15,4	7,7	6,1
- Isole	3,1	66,0	13,1	15,8	8,8	6,0
Italia	2,4	64,4	15,4	13,5	11,8	7,4

(a) Per 100 persone con le stesse caratteristiche.

(b) Per 100 persone con le stesse caratteristiche che hanno fatto almeno una rinuncia.

Fonte: Istat, "La cura e il ricorso ai servizi sanitari", 2015. <http://www.istat.it/it/archivio/156420>

Tav. 17 – Persone che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno rinunciato ad uno o più esami specialistici per motivo, ripartizione geografica e giudizio sulle risorse economiche. Anno 2013 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Territorio	Almeno una rinuncia (a)	Motivo della rinuncia (b)				
		Costi eccessivi	Lista di attesa lunga	Criticità logistiche	Motivi lavorativi	Motivi familiari
- Nord-Ovest	2,7	51,1	27,1	5,3	17,8	5,9
- Nord-Est	3,4	47,7	28,2	6,2	16,7	8,0
- Centro	5,2	53,6	43,2	6,7	10,5	6,8
- Sud	6,4	69,4	26,8	9,4	8,0	4,8
- Isole	6,8	67,2	29,7	9,1	8,0	4,6
Italia	4,7	59,7	31,2	7,7	11,3	5,8

(a) Per 100 persone con le stesse caratteristiche.

(b) Per 100 persone con le stesse caratteristiche che hanno fatto almeno una rinuncia.

Fonte: Istat, "La cura e il ricorso ai servizi sanitari", 2015. <http://www.istat.it/it/archivio/156420>

Tav. 18 – Persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato all'acquisto di farmaci per motivo, giudizio sulle risorse economiche e ripartizione geografica. Anno 2013 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Territorio	Almeno una rinuncia (a)	Motivo della rinuncia (b)		
		Ticket troppo costoso	Doveva pagarli di tasca propria	Altri motivi
- Nord-Ovest	2,8	26,9	70,0	3,1
- Nord-Est	2,8	25,4	69,7	4,9
- Centro	3,4	27,1	69,3	3,5
- Sud	5,9	24,4	72,3	3,3
- Isole	6,0	23,6	73,9	2,5
Italia	4,0	25,3	71,3	3,4

(a) Per 100 persone con le stesse caratteristiche.

(b) Per 100 persone con le stesse caratteristiche che hanno fatto almeno una rinuncia.

Fonte: Istat, "La cura e il ricorso ai servizi sanitari", 2015. <http://www.istat.it/it/archivio/156420>

vizi sanitari (riabilitazione, esami specialistici, acquisto di farmaci) sia avvenuta proprio a causa di costi troppo eccessivi, secondo il parere degli intervistati.

In particolare, il 64,4% delle persone che hanno rinunciato a percorsi riabilitativi, in tutto il Paese, ha lamentato i costi eccessivi quali causa di tali rinunce (tav. 16); il 59,7% ha lamentato la stessa motivazione per quanto concerne la rinuncia a esami specialistici (tav. 17); il 71,3 % degli intervistati ha detto di aver rinunciato all'acquisto di farmaci perché facente parti di un bagaglio di spesa "out of pocket" (tav. 18).

Tale assunto è confermato anche dall'indagine sui *care-giver* predisposta per il presente Rapporto. Innanzitutto, il 27% del campione intervistato dichiara di aver rinunciato e/o rimandato (personalmente e/o per altri membri della famiglia) una o più prestazioni nel corso dell'ultimo anno⁷. Per quanto riguarda le ragioni alla base di tali mancati accessi, vengono addotte, nel 2017, le seguenti motivazioni (tav. 19)⁸:

- difficoltà economiche familiari (nel 48,8% dei casi);
- liste di attesa troppo lunghe (47,9%);
- difficoltà burocratiche (16,1%);
- diminuzione delle prestazioni offerte ai pazienti (14,0%);
- peggioramento delle prestazioni (10,0%).

*Tav. 19 – Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure**

<i>Risposta</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
– Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	1° 54,6	1° 48,8
– Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	2° 52,1	2° 47,6
– Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	3° 15,8	3° 16,1
– La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	4° 10,2	4° 14,0
– Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	5° 8,9	5° 10,0
– Altre difficoltà	2,0	3,5
Numero medio risposte per intervistato	1,4	1,4

(*) Risposte multiple.

Fonte: Cfr. Parte terza/Tabella 10, pag. 210.

Inoltre, va sottolineato come gli ultimi tre elementi siano peggiorati nel 2017 rispetto al 2016. Appare quindi chiaro che rimandare o rinunciare a ottenere cure mediche o servizi per la salute può essere considerata come una delle possibili conseguenze del peggioramento del proprio status economico,

⁷ Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute/2017*, Parte terza/Tabella 9B, pag. 208.

⁸ Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute/2017*, Parte terza/Tabella 10, pag. 210.

come pure di un'organizzazione sanitaria ancora lenta, talvolta troppo burocratizzata o erogante cure percepite di scarsa qualità.

Questo quadro richiama molteplici criticità in termini di salute che dalla crisi possono essere considerate derivate o derivabili. Naturalmente la prevenzione può essere ritenuta a pieno titolo uno strumento fondamentale per garantire una maggiore equità e una fattiva sostenibilità per il Sistema Salute, così come un elemento essenziale per la salute dei cittadini.

L'aspetto della prevenzione è di particolare interesse per l'Italia, in quanto già nel 2012 l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (Ocse) descriveva il nostro Paese come quello dalla più bassa spesa nel campo della prevenzione sanitaria; tale posizionamento si è mantenuto pressoché costante fino ad oggi. I confronti internazionali indicano una spesa per le attività di prevenzione pari al 2,9% della spesa sanitaria totale, rapporto che rimane costante nel corso degli anni. Tale incidenza appare decisamente inferiore al 5% previsto dalla programmazione nazionale, con poche eccezioni e con molta variabilità regionale all'interno delle diverse voci di spesa (tav. 20).

L'investimento in prevenzione, seppure considerato tra quelli aventi uno dei migliori rapporti costo/efficacia e costo/benefici, appare ancora essere insufficiente rispetto a quanto necessario per garantire la sostenibilità di progetti e di azioni che guardino concretamente al futuro⁹.

Molto si può fare, ad esempio, riguardo alla prevenzione della cronicità¹⁰.

Una prevenzione efficace è tanto più importante tenendo conto che molto è possibile fare per le malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases-NCDs*), considerate oggi la principale causa di morte in Italia, in Europa e nel mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rileva, nei recenti rapporti inerenti allo stato di salute globale, che circa 36 milioni di persone ogni anno muoiono per malattie cardiache, ictus, malattie polmonari croniche, tumori e diabete e quasi l'80% di questi decessi si verifica nei Paesi a basso e medio reddito.

L'aumento delle malattie croniche non trasmissibili rappresenta una sfida enorme, non solo sanitaria e di salute, ma più complessivamente di sviluppo sostenibile. Le malattie croniche non trasmissibili causano miliardi di dollari di perdite di reddito nazionale e concorrono ogni anno a portare milioni di persone al di sotto della soglia di povertà. Ogni singolo decesso causato da uno dei principali fattori di rischio collegati agli stili di vita è, per definizione, evitabile alla luce di condotte individuali che seguano elementari norme di

⁹ Cfr. Ministero della Salute, *Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018*. Disponibile su: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp

¹⁰ Ibidem.

Tav. 20 – Spesa in prevenzione espressa come percentuale della spesa sanitaria totale, per Regione e macroarea (2006-2013)

Regione/Macroarea	Spesa in prevenzione (% sulla spesa sanitaria totale)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Abruzzo	3,79	4,24	4,21	4,27	4,53	4,61	4,26	4,50
Basilicata	4,79	6,06	5,89	5,09	4,63	4,01	3,84	4,45
Calabria	4,75	6,02	5,02	4,75	5,13	5,35	4,95	5,07
Campania	4,57	4,83	5,77	4,64	4,34	4,22	4,01	4,75
Emilia-Romagna	4,25	4,41	4,38	4,18	4,12	4,27	4,04	4,12
Friuli V.G.	2,96	2,80	2,88	2,90	2,77	2,59	2,43	2,98
Lazio	3,12	2,67	2,98	3,29	3,09	3,16	3,60	3,51
Liguria	2,90	2,99	2,89	2,92	2,70	3,72	3,84	3,97
Lombardia	4,57	4,53	4,21	4,61	4,55	4,57	4,57	4,50
Marche	3,84	3,93	4,01	4,05	3,94	3,58	3,75	3,83
Molise	4,46	4,87	3,94	4,88	4,08	4,02	3,93	5,15
Piemonte	4,27	4,35	4,35	4,22	4,07	4,13	4,05	4,03
PA Bolzano	3,24	4,02	4,09	5,25	4,66	4,39	4,37	4,37
PA Trento	3,23	3,12	3,09	3,20	2,83	2,76	2,75	2,69
Puglia	3,52	3,63	3,56	3,69	3,65	3,78	3,82	4,09
Sardegna	6,02	5,33	5,65	5,90	6,10	5,66	4,96	4,77
Sicilia	3,71	4,28	3,47	4,56	4,78	4,68	4,54	4,12
Toscana	4,51	4,45	4,81	4,34	4,42	4,29	4,23	4,32
Umbria	4,62	4,59	4,41	5,22	4,99	4,97	4,56	4,65
Valle D'Aosta	5,65	5,95	6,24	6,00	5,78	5,70	6,36	5,91
Veneto	3,78	3,85	4,09	3,89	4,10	3,90	3,60	3,76
Nord	4,10	4,15	4,07	4,15	4,09	4,15	4,05	4,10
Centro	3,73	3,42	3,77	3,86	3,75	3,71	3,89	3,89
Sud e Isole	4,22	4,61	4,52	4,54	4,54	4,49	4,28	4,49
Italia	4,06	4,13	4,16	4,22	4,17	4,17	4,09	4,18

Fonte: Rapporto Osservasalute 2016

comportamento, rispettose di modelli salutarî di cui è nota l'efficacia nel prevenire l'insorgenza della stragrande maggioranza delle malattie croniche¹¹.

Pertanto, se da un lato è necessario richiamare il cittadino a mettersi al centro di un personale percorso "salutogenico", dall'altro risulta fondamentale garantire la prevenzione e la promozione della salute attraverso l'adozione di politiche che promuovano un'azione strategica nei confronti della malattia cronica intraprendendo iniziative anti-tabacco più efficienti, promuovendo diete più sane, implementando l'attività fisica e il trasporto attivo, riducendo il consumo dannoso e rischioso di alcol.

In Italia, uno dei Paesi più longevi al mondo, il carico delle malattie non trasmissibili risulta tra i più elevati e questo dato è ascrivibile non unicamente alla sola longevità. Circa il 30% delle persone che muoiono a causa delle malattie non comunicabili appartengono, infatti, a fasce di popolazione a basso e medio reddito che hanno evidentemente sofferto ulteriormente a causa della crisi¹².

Tutto ciò induce ad affrontare l'attuale sfida di intraprendere azioni efficaci e misure in grado di salvare milioni di vite e di ridurre i costi crescenti di assistenza sanitaria.

Tali misure possono includere, ad esempio:

- l'attuazione della Convenzione Quadro dell'Oms sul controllo del tabacco (attraverso l'aumento delle relative tasse sul consumo o il divieto di fare pubblicità, o ancora utilizzando leggi per limitare il fumo nei luoghi pubblici);
- il sostegno dell'attività fisica come risorsa preziosa del contrasto di numerose patologie, tra le quali l'obesità;
- l'adozione dei *best buys*, ovvero i migliori "acquisti", rappresentati dagli interventi rivolti a riconsiderare le modalità di tassazione degli alcolici, che secondo alcuni dovrebbero procedere parallelamente e progressivamente rispetto alla gradazione alcolica, e dalla riduzione della disponibilità sia fisica che economica degli alcolici in particolare ai minori, rendendo meno agevole la reperibilità ubiquitaria degli stessi come definito dalla *Global Strategy on Alcohol*; dalla riduzione dei livelli di sale nel cibo, diffondendo l'educazione alimentare nel quadro più generale dell'educazione alla salute nelle scuole;
- la promozione di scelte informate per la prevenzione del cancro, delle malattie cardiovascolari e del diabete.

¹¹ Cfr. *Osservasalute 2016*, Rosano A., and Marino M., "Stato dell'arte della prevenzione in Italia".

¹² Cfr. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1595_allegato.pdf

Il tutto può avvenire intervenendo sulle *life skills* e sulla resilienza dei target più sensibili tramite progetti, iniziative, provvedimenti e misure che – come ricordato dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018¹³ – possano sollecitare e sostenere il cambiamento degli stili di vita individuali.

Quando si parla di azioni in prevenzione ci si riferisce a strategie trasversali di comunità e a programmi mirati alla creazione non solo di stili di vita sani o salutari, ma anche alla costruzione di ambienti favorevoli alla salute della popolazione, tanto giovanile quanto anziana.

Lo stato dell'arte e i trend di salute supportano l'adozione di politiche, interventi, piani di azione e strategie di cui oggi, più che mai, si rileva l'urgente necessità e indispensabilità, favorendo l'incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza sul problema e, soprattutto, l'investimento nei servizi sanitari per offrire prevenzione, trattamento e cura, iniziative di screening e interventi nel sociale. Quest'ultimo aspetto, in linea con quanto osservato attraverso le statistiche internazionali, è necessario poiché i gruppi a basso reddito sono quelli che risultano più vulnerabili alle conseguenze sociali dell'esposizione dei fattori di rischio connessi agli stili di vita e ai comportamenti.

Per questo insieme di motivi, le strategie di prevenzione e promozione della salute non possono avere solo carattere sanitario. Il concetto di *health in all policies*¹⁴ richiama la necessità di interventi incisivi e proattivi, nei diversi ambiti (nelle scuole, nelle attività commerciali, nella legislazione, nella comunicazione, ecc.), tesi alla valutazione, alla prevenzione, al contenimento e al contrasto degli effetti dei fattori di rischio e di malattia. In tal modo si tutela la promozione di interventi di sensibilizzazione e azione, a tutti i livelli, da parte delle Istituzioni e delle Autorità competenti, che contribuiscono a rendere più sicuri e salutari i contesti sociali, lavorativi e familiari, favorendo scelte di salute consapevoli e responsabili. Tali temi devono essere declinati, oggi, anche alla luce della crisi che ha impattato sul nostro Paese negli ultimi anni.

Si affronteranno perciò gli aspetti appena richiamati attraverso l'analisi di alcuni temi oggi problematici per l'Italia e la definizione di strategie migliorative (nel nostro Paese e non solo), prendendo ad esempio la popolazione giovanile per il tema dell'alcool e la popolazione anziana per quello dell'invecchiamento attivo.

¹³ Cfr. Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1908

¹⁴ Cfr. Leppo K., Ollila E., Pena S., Wismar M., & Cook, S. (2013), *Health in all policies-seizing opportunities, implementing policies*, Sosiaali-ja terveysministeriö.

3.3.2. Si beve meno alcool, ma se ne abusa di più

La crisi provoca effetti diversi sulla salute della popolazione, influenzando inevitabilmente le abitudini salutogeniche delle persone.

La quantità di alcol consumata in Italia, in riduzione costante fin dagli anni '60, nel periodo della crisi è continuata a ridursi con lo stesso ritmo degli anni immediatamente precedenti (2000-2007). Nella popolazione generale continua a diminuire il “consumo a rischio” di alcol: oltre 40 grammi al giorno per gli uomini (cioè 4 bicchieri di vino, oppure 4 lattine di birra, o ancora 4 bicchierini di superalcolici) e oltre 20 grammi al giorno per le donne (2 bicchieri di vino o 2 lattine di birra o 2 bicchierini di superalcolici). Sempre nella popolazione generale, però, sono in costante diminuzione anche le cosiddette “abbuffate di alcol” (*binge-drinking*, cioè 6 bevute di qualunque bevanda alcolica in un'unica occasione). Il *binge-drinking* è invece aumentato tra i disoccupati, in particolare tra coloro che sono in cerca di nuova occupazione. Tuttavia ciò assume un diverso indirizzo se si considerano determinate fasce di popolazione.

Con la crisi, inoltre, si riduce l'acquisto di generi alimentari a livello generale: si consuma meno carne bovina (con un effetto paradossalmente benefico per la salute), ma anche meno frutta, pesce, e latte (alimenti protettivi per molte malattie).

A partire dal 2008 è poi in lieve aumento la percentuale dei sedentari, soprattutto tra i meno scolarizzati, ma si interrompe il trend in aumento del sovrappeso negli ultimi 10 anni: questo potrebbe essere la diretta conseguenza della riduzione dei consumi alimentari. Con la crisi sembrano accentuarsi, come nel resto del Paese, alcune differenze di classe sociale, con una prevalenza dell'obesità e sovrappeso maggiore nei meno istruiti.

Nello studio delle disuguaglianze la relazione tra posizione sociale, comportamenti insalubri e salute è ben documentata.

Come noto, tra i determinanti strutturali¹⁵ delle condizioni di salute, la classe sociale e la posizione occupazionale sono ritenuti fattori importanti per dar conto della posizione socioeconomica che gli individui occupano nella società. D'altra parte, sappiamo anche che un gradiente sociale per la salute esiste ossia che la salute migliora progressivamente al crescere della

¹⁵ Cfr. WHO Commission on Social Determinants of Health and World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Commission on Social Determinants of Health final report, World Health Organization, 2008.

posizione socioeconomica delle persone¹⁶. La disoccupazione rimane il fenomeno più preoccupante legato alla crisi, ovvero quello che nel breve periodo genera gli effetti maggiori sulla salute in termini di aumento dei disturbi mentali e psicosomatici e dei comportamenti insalubri (es: alcolismo e droghe).

Oltre ad un effetto diretto, i determinanti strutturali agiscono anche in modo indiretto sulla salute, attraverso l'impatto che essi hanno su un insieme di determinanti intermediari della stessa¹⁷. Tra i principali determinanti intermediari ci sono i fattori comportamentali quali il fumo, la dieta, il consumo di alcol, l'esercizio fisico; fattori che agiscono sia proteggendo (come l'esercizio fisico) che danneggiando (come il fumo di sigaretta) la salute.

Nel 2013¹⁸ sia l'Istat che il sistema di sorveglianza PASSI hanno indicato, per l'Italia, una diminuzione costante delle diverse forme di abuso di alcol, secondo un trend di lungo periodo, interrotto solo nei primi anni della crisi, tra il 2008 e il 2010, e ripreso dal 2011. D'altra parte, gli stessi autori sottolineano che con la crisi economica si è assistito a una tendenza all'aumento dei comportamenti a rischio legati al consumo di alcol tra i giovani (ad esempio una crescita del *binge drinking*)¹⁹.

In generale, tra i giovani la prevalenza dei consumatori di alcol a rischio è pari al 14,1% per gli uomini e all'8,4% per le donne, confermando la tendenza decrescente degli ultimi anni sul livello nazionale, anche se con una prevalenza di *binge drinking* più elevata (21,8% e 7,9% rispettivamente negli uomini e nelle donne d'età tra i 19 e i 24 anni). Si beve, insomma, complessivamente meno, ma si abusa di più²⁰.

¹⁶ Cfr. Marmot M., *The health gap: the challenge of an unequal world*, Bloomsbury Publishing, 2015.

¹⁷ Cfr. WHO Commission on Social Determinants of Health and World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Commission on Social Determinants of Health final report, World Health Organization, 2008.

¹⁸ Cfr. Costa G., Marra M. e Salmaso S. (2013), *La salute ai tempi della crisi*, in Giansini G.F., Nicelli A.L., Trabucchi M. e Vanara F. (2013); Rapporto Sanità 2013, *Sistema sanitario e sviluppo del Paese: alcune specificità in tempo di crisi*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino.

¹⁹ Cfr. Sarti S., Terraneo M., & Tognetti M. (2016), *Stili di vita nell'Italia della crisi: il cambiamento nelle abitudini insalubri secondo le condizioni lavorative*, in IX ESPAnet Italy Conference "Welfare models and Varieties of Capitalism. The challenges to the socio-economic development in Italy and Europe", ESPAnet Università di Macerata.

²⁰ Cfr. Poscia P., Parente P., Frisicale E.M., Teleman A.A., de Waure C. and Di Pietro M.L., *Risky behaviours among university students in Italy*, Ann Ist Super Sanità 2015 | Vol. 51, No. 2: 111-115.

In un'analisi eseguita da un Gruppo di lavoro dell'università Cattolica del Sacro Cuore di Roma sulle abitudini e sui comportamenti a rischio degli studenti universitari italiani è emerso che la maggior parte degli studenti ha affermato di non bere o bere raramente vino (50,1%), altre bevande alcoliche (64,4%) (cfr. tav. 21) o birra (57,6%); una grande percentuale di essi, tuttavia, ha dichiarato di bere una volta o due volte alla settimana o finanche quotidianamente birra (28,5), vino (32,2%) o bevande alcoliche (18,1%) (fig. 4)²¹.

Circa il 60% degli studenti partecipanti all'indagine "Sportello Salute" hanno affermato di aver iniziato a consumare bevande alcoliche all'età di 16 anni o anche prima, e il 40% di essi ha rivelato di aver ecceduto per la prima volta nello stesso periodo, mentre circa il 30% ha dichiarato di aver ecceduto con l'alcol per la prima volta a 17 anni o più tardi.

Inoltre il 7,7% degli studenti intervistati ha affermato di aver bevuto più del dovuto (*binge drinking*) cioè più di dieci volte negli ultimi 12 mesi, mentre il 25,7% ha dichiarato di aver ecceduto nell'ultimo anno da un minimo di 2 ad un massimo di 10 volte (cfr. tav. 22).

Un dato interessante è la prevalenza di *binge drinking* tra gli studenti che hanno riferito di vivere in una condizione di agio socio-economico.

Inoltre, la differenza più interessante associata allo stato socio-economico che gli intervistati hanno dichiarato ha riguardato la percentuale di studenti che consumano alcolici quotidianamente. Questa percentuale è significativamente più elevata ($p < 0,01$) tra coloro che hanno affermato di avere un reddito elevato rispetto a chi ha affermato di avere un reddito medio o un reddito inferiore.

Uno dei problemi più preoccupanti legati all'uso dell'alcol è rappresentato dagli incidenti stradali, in particolare tra i giovani adulti: questo sondaggio evidenzia il grande rischio derivante dagli studenti che guidano frequentemente ubriachi (5%) o sotto l'effetto di droghe (2,6%)²².

²¹ Cfr. Poscia P., Parente P., Frisicale E.M., Teleman A.A., de Waure C. and Di Pietro M.L., *Risky behaviours among university students in Italy*, Ann Ist Super Sanità 2015 | Vol. 51, No. 2: 111-115.

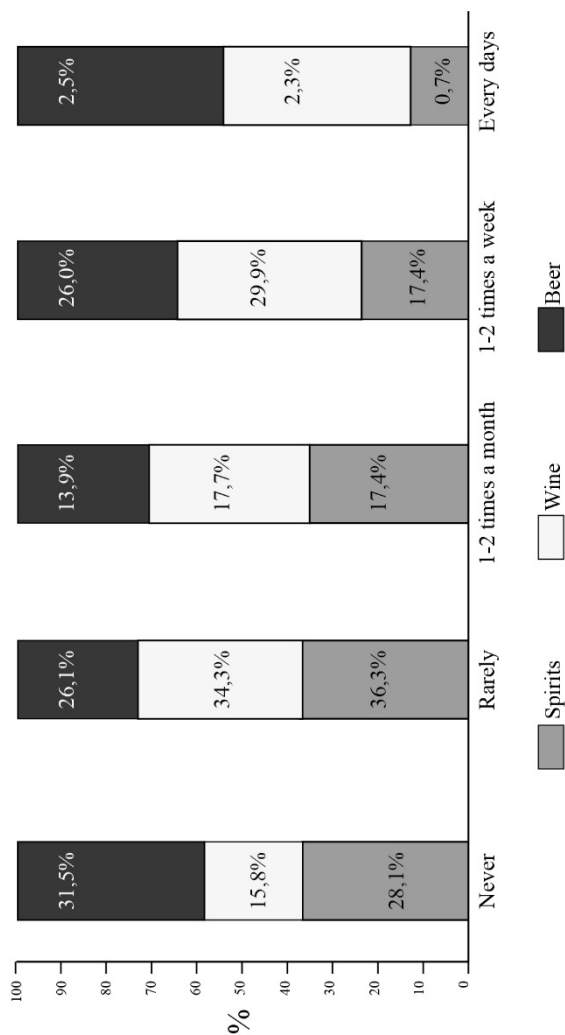
²² Ibidem.

Tav. 21 – Assunzione in media di vino e/o di altri alcolici da parte degli studenti universitari (val. %)

Frequenza	Total % (8.500)	Sex % (8.499)		Socio-economic level % (8397)			
		M	F	Low	Medium-low	Average	Medium-High
- Mai	15,8	10,3	18,6	18,7	17,1	16,5	12,8
- Raramente	34,3	27,7	37,5	37,7	35,3	35,5	31,0
- 1-2 volte al mese	17,7	16,5	18,3	15,7	18,9	18,4	16,7
- 1-2 volte alla settimana	29,9	41,1	24,4	24,7	26,8	27,7	37,5
- Tutti i giorni	2,3	4,5	1,2	3,1	1,9	1,9	2,1
							7,2

Fonte: Poscia P., Parente P., Friscale E.M., Telemann A.A., de Waure C. and Di Pietro M.L., *Risky behaviours among university students in Italy*, Ann Ist Super Sanità 2015 | Vol. 51, No. 2: 111-115

Fig. 4 – Frequenza del consumo di alcool, secondo le differenti tipologie di alcool, tra gli studenti italiani



Fonte: Poscia P., Parente P., Frisicale EM, Telesman A.A., de Waure C. and Di Pietro M.L., *Risky behaviours among university students in Italy*, Ann Ist Super Sanità 2015 | Vol. 51, No. 2: 111-115

Tav.22 – Numero di ubriacature nell'ultimo anno da parte degli studenti universitari (val. %)

Numero	Totale % (8434)	Livello Socio-economico % (8332)				
		Basso	Medio-basso	Medio	Medio-alto	Alto
– Mai	49,3	51,6	51,4	50,9	44,4	41,4
– 1 volta	17,3	19,0	18,1	18,0	15,3	14,8
– 2-3 volte	16,6	13,9	17,2	15,5	19,6	19,8
– 4-10 volte	9,1	6,5	7,7	8,9	11,1	12,2
– Più di 10 volte	7,7	8,9	5,6	6,7	9,6	11,8

Fonte: Poscia P., Parente P., Frisicale E.M., Telemann A.A., de Waure C. and Di Pietro M.L., *Risky behaviours among university students in Italy*, Ann Ist Super Sanità 2015 | Vol. 51, No. 2: 111-115

3.3.3. Il modello sperimentato in Islanda rispetto agli abusi²³

Fino a venti anni fa, la dipendenza da droghe e l'abuso di alcol in età adolescenziale rappresentava uno dei maggiori problemi in Islanda. Dal 1998 al 2016, la percentuale di giovani di età compresa tra i 15 e i 16 anni che abusa di alcol è scesa dal 48% al 5%, mentre quella che fuma cannabis dal 17% al 7%. Anche i fumatori di sigarette sono calati drasticamente: dal 23% al 3%. Un calo che ha portato i giovani dell'isola a diventare i più salutisti d'Europa

Ottenere un simile risultato è stato possibile solo grazie a interventi drastici e diretti quali l'introduzione del coprifuoco, una maggiore collaborazione tra istituti scolastici e genitori, l'introduzione di divieti e la creazione di attività extrascolastiche che coinvolgessero gli adolescenti a tempo pieno²⁴.

Il prof. Harvey Milkman, oggi docente presso l'università di Reykjavik, condusse una *survey* in tutto il Paese, sugli adolescenti di età compresa tra i 15 e i 16 da cui emerse che chi praticava sport o frequentava corsi e aveva un buon rapporto coi genitori, era meno propenso all'utilizzo di droghe e alcol. A seguito di tale analisi il governo islandese promosse il programma, "Youth in Iceland", ovvero un progetto su base nazionale di recupero e supporto giovanile che coinvolgeva direttamente genitori e scuole. Tra gli obiettivi di tale programma vi era l'eliminazione delle pubblicità di sigarette e bevande alcoliche, il divieto per i minori di 18 anni di comprare sigarette e per i minori di 20 anni di acquistare alcol. Venne introdotto un coprifuoco

²³ Cfr. Sigfúsdóttir I.D., et al. *Substance use prevention for adolescents: the Icelandic model*, Health Promotion International 24.1 (2008): 16-25.

²⁴ Ibidem.

per gli adolescenti tra i 13 e i 18 anni. Si supportò il rapporto familiare e si favorirono attività extrascolastiche di ogni tipo, da quelle sportive a quelle artistiche, in funzione del benessere e della condivisione sociale.

In 15 anni, dal '97 al 2012, il numero di giovani impegnato in attività sportive raddoppiò, con giovani che frequentavano i corsi anche quattro volte a settimana. Anche il tempo passato in famiglia giocò un ruolo cruciale. Così facendo, la percentuale di chi abusava di alcol e droghe calò drasticamente.

Youth in Iceland si è evoluto poi in *Youth in Europe*, ma il programma è stato attivato solo in alcune piccole città di 17 Paesi europei, come ad esempio Tarragona (Spagna). I costi di mantenimento del progetto, l'impossibilità di investire denaro pubblico nelle attività extrascolastiche, la ferrea disciplina a cui sarebbero "costretti" i giovani hanno infatti portato a rinunciare al modello islandese, nonostante l'efficacia dimostrata dello stesso.

3.3.4. Tra prevenzione e promozione dell'invecchiamento attivo

In Italia avanza rapidamente un numero elevatissimo di malati cronici che, inevitabilmente, richiederà al Ssn sempre più risorse. Come fotografato dall'Istat (dati 2016), le patologie croniche – dall'ipertensione al diabete, dalla Bpco alle malattie ischemiche del cuore – sono in aumento e riguardano quasi quattro italiani su dieci, ovvero circa 23,6 milioni di persone. Nel 2013, infatti, il 38% degli italiani dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali malattie croniche, ma il dato è salito al 39,1% nel 2016. Secondo i dati forniti dai medici di medicina generale, nel 2015 il 23,5% degli italiani ha almeno due malattie croniche ed il 72% di essi assume ogni giorno cinque o più farmaci.

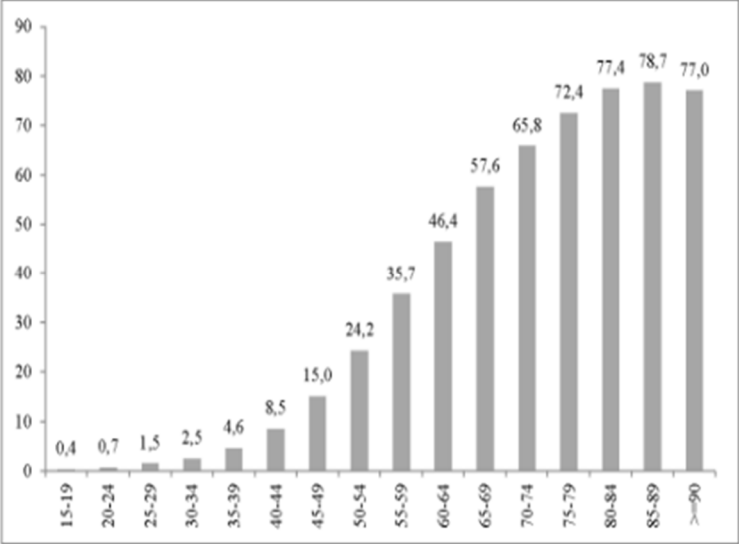
Cronicità e invecchiamento della popolazione sono correlate in maniera inestrinsecabile e l'immagine presente nella figura 5 dimostra quanto sia forte questa relazione, ad esempio per l'ipertensione arteriosa.

Per la prima volta negli ultimi decenni si assiste in Italia a un calo della popolazione residente, dovuta in gran parte al saldo negativo decessi/nascite. Ad aumentare (2014 vs 2013), invece, è il numero di cittadini di età compresa tra 65-74 anni: sono 6,5 milioni, cioè il 10,8% della popolazione, la percentuale della popolazione over 65 che crescerà a un ritmo costante per i prossimi 40 anni, secondo le stime dell'Istat (fig. 6).

In aumento sono anche i più anziani (75-84 anni) e i "grandi vecchi" (over85), mentre arretrano gli ultracentenari (tre ogni 10mila abitanti).

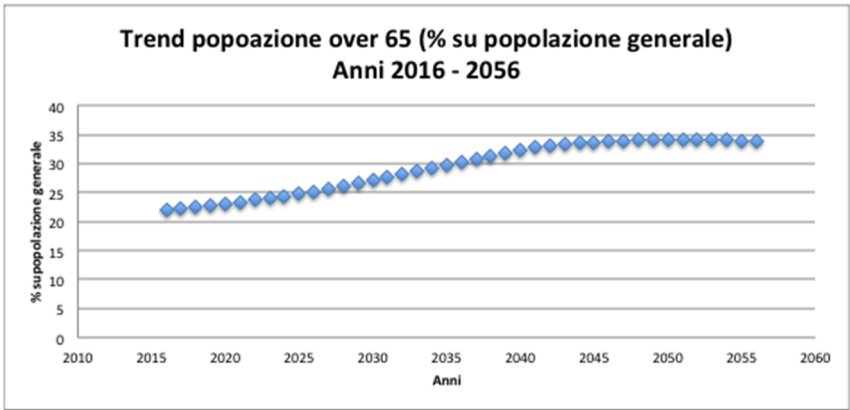
Perché il sistema sanitario possa essere sostenibile e rispondere ai bisogni di tale “nuova popolazione”, nuovi modelli di prevenzione sono da incoraggiare e da promuovere²⁵.

Fig. 5 – Prevalenza (valori per 100) lifetime di ipertensione in carico alla Medicina Generale del network



Fonte: Health Search per classe di età – Anno 2015. Osservasalute 2016

Fig. 6 – Percentuale popolazione over 65 su popolazione generale. Trend 2016-2056



Fonte: Istat, Elaborazione Autore

²⁵ Cfr. Osservasalute 2016.

Dallo scenario delle cronicità dipende molto anche il futuro stesso della sostenibilità del Ssn, messo già a dura prova da forti difficoltà economiche legate ai vincoli di bilancio. Ma a questa congiuntura sfavorevole si aggiunge una forte pressione sul sistema, determinata dall'aumento della domanda di assistenza sanitaria dovuta all'invecchiamento della popolazione, purtroppo non sempre in buona salute, e dai costi di produzione determinati anche dall'innovazione scientifica e tecnologica molto forte nel settore della sanità.

Data, inoltre, la decadenza del welfare familiare soprattutto nelle grandi città e la crescente urbanizzazione, può aumentare la disuguaglianza, l'onere sociale collettivo e individuale e la difficoltà a fornire assistenza a tutti e nel modo migliore possibile, soprattutto a persone fragili e anziane.

In tema di cronicità e anzianità, nella sola Europa ogni anno sono 600.000 i decessi riconducibili alla sedentarietà, una delle dieci cause principali di mortalità e disabilità al mondo. Uno stile di vita sbagliato può avere conseguenze fortemente debilitanti e, in alcuni casi, mortali: diabete, cardiopatie, ipertensione, cancro e osteoporosi sono soltanto alcuni esempi che fanno però capire la gravità dell'argomento.

L'Unione Europea e l'Oms – Organizzazione Mondiale della Sanità stanno fortemente promuovendo politiche a sostegno dell'HEPA (Health Enhancing Physical Activity). La promozione dell'attività fisica a scopo salutare è indispensabile per contrastare la dilagante sedentarietà che si traduce in un incremento progressivo dell'obesità, del diabete e di altre patologie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, respiratorie croniche e tumori), e questo è particolarmente importante nella popolazione anziana.

Tali aspetti rappresentano un'ulteriore dimensione della relazione tra crisi economica e salute, in particolar modo rispetto all'attività fisica.

Il nostro Paese fa molto poco rispetto agli altri Paesi europei nell'attività di promozione dell'attività fisica a scopo salutare, ed ha il triste primato di essere tra i Paesi europei con il più alto tasso di obesità e sovrappeso infantile. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, inoltre, ogni cittadino paga ogni anno 300 euro per curare gli Italiani sovrappeso od obesi (questi sono circa 6 milioni, con un bambino su 3 ad avere problemi con la bilancia). Manca la cultura e manca una connotazione chiara dell'utilizzo degli spazi pubblici.

Per quanto concerne la dotazione di strutture, si assiste da sempre in Italia ad un annoso dibattito se la scarsa propensione degli italiani allo sport dipenda dalla carenza di impianti dedicati; anche le istituzioni locali lamentano spesso che l'impossibilità di promuovere progetti e politiche per lo sport è da attribuirsi alla scarsa dotazione di impianti sportivi. L'idea che l'attività fisica possa essere praticata all'aria aperta e negli spazi pubblici esistenti,

utilizzati come se fossero degli ‘impianti spontanei’, è in Italia atteggiamento meno diffuso che in altri Paesi europei. I dati europei sul numero di praticanti che preferiscono fare attività in spazi aperti documentano come in molti Paesi questa sia una tendenza già ben definita.

Proprio per questo è di fondamentale importanza il progetto di *active ageing*, come dimostrano alcune esperienze in Italia e all'estero tarate sulla prevenzione della fragilità e sulla valutazione delle possibilità di invecchiare in buona salute e attivamente.

3.3.5. Il modello di prevenzione sperimentato in Inghilterra²⁶

Nell'ottobre del 2014, *Public Health England* (PHE), ovvero l'istituzione deputata all'implementazione e all'attuazione delle strategie di Sanità Pubblica in Inghilterra, ha pubblicato il documento “Everybody Active, Every Day” quale framework nazionale strategico per la promozione dell'attività fisica nella popolazione inglese. Tale documento si basa sulla collezione di evidenze internazionali ed è stato condiviso e promosso da più di 1.000 tra autori e associazioni contribuenti. Il documento strategico descrive la necessità di azioni condivise a livello nazionale e internazionale partendo da 4 ambiti: *Active society* (società attiva), *Moving Professionals* (movimento dei professionisti), *Active environments* (ambiente attivo) e *Moving at scale* (movimento su larga scala). Il documento, inoltre, presenta, condivide e invita all'applicazione condivisa alcune tra le più virtuose iniziative, quelle promosse da *UK Active* e dal “National Centre for Sports and Exercise Medicine (NCSEM)”.

A due anni dalla sistematizzazione delle attività a livello nazionale, l'aspettativa era l'ottenimento di piccoli risultati, anche non significativi, per la popolazione data la portata del progetto. Il risultato ottenuto è stato migliore di quello atteso. Dal 2013 al 2017 c'è stata una progressiva crescita nella proporzione di popolazione inglese nelle diverse aree dove si è messo in pratica il progetto, che ha raggiunto i 150 minuti consigliati di attività fisica moderata ogni settimana. L'1% in più di media ottenuta, ci dice che circa mezzo milione di inglesi stanno ottenendo benefici in termini di benessere e salute, attraverso questo tipo di implementazione dell'attività fisica. Tale aumento si è verificato in tutte le 9 Regioni inglesi e a livello delle autorità sanitarie locali in circa il 60% di quelle coinvolte.

²⁶ Cfr. *Public Health England: Everybody Active, Every Day*, 2017.

Insomma ad uno sforzo comune si è ottenuto un importante risultato nonostante le premesse non ottimali.

Altro esempio di valore può essere il progetto *Sprintt* che porta avanti, in Italia, uno studio clinico di particolare rilevanza teso a verificare se il rischio di diventare disabili possa essere ridotto intervenendo sulla fragilità fisica e la sarcopenia. Nello studio *Sprintt* viene valutato l'effetto di un intervento combinato, basato tra l'altro su attività fisica e consigli per una corretta alimentazione, e quello di un programma di educazione sullo stile di vita per un invecchiamento "sano". Lo studio raggiungerà, in futuro, 1.500 persone di 70 o più anni con fragilità fisica e sarcopenia residenti in 9 Paesi europei. La durata dello studio è di circa 3 anni e pertanto maggiori e più approfonditi riscontri potranno essere prodotti negli anni a seguire.

Condividere buone pratiche per l'invecchiamento in buona salute, attraverso una *governance* di sistema che costruisca strategie di prevenzione chiare, strutturate e misurabili, può essere un fattore di certo giovamento tanto alla popolazione anziana quanto al sistema salute e al welfare del nostro Paese.

Molte delle persone che oggi vengono ritenute anziane (over 65), attraverso l'attività fisica e, più in generale, la prevenzione e la cura del proprio benessere, possono rappresentare forze importanti per il Paese, tanto mentali quanto fisiche.

Invecchiare bene è garantire supporto alle famiglie, ai partner, significa evitare la disabilità e l'invalidità e quindi evitare costi per il nostro Paese evitabili in funzione di molteplici e fattive opportunità per la popolazione tutta. Un invecchiamento attivo come riferito dal report "La responsabilità di diventare un anziano attivo"²⁷ fa bene al Paese tutto e la prevenzione rappresenta senza dubbio un elemento funzionale a ciò.

²⁷ Cfr. Ermencia – Studi & Strategie di Sistema, *La responsabilità di diventare un anziano attivo*, per Associazione 50&più, 2017 (a cura di Nadio Delai).

4. La difficoltà di pervenire ad una rendicontazione utile per la riorganizzazione del sistema

4.1. Le possibili “anomalie” che segnalano il rischio di ripianamenti impliciti di bilancio

Nel fare il punto ogni anno sul sistema ospedaliero italiano il presente Rapporto prende in considerazione anche i dati di bilancio e precisamente i Conti Economici delle Aziende Ospedaliere, nel tentativo di dare maggiore trasparenza alla rendicontazione dell'ospitalità pubblica, come del resto prevederebbe, ormai da tempo, la normativa vigente (normativa e relativa applicazione di cui si dà conto nel successivo paragrafo 4.2.).

A tale proposito l'analisi condotta quest'anno è partita da una situazione che risulta così caratterizzata:

a) la presenza degli effetti di due Leggi di Stabilità relative agli esercizi 2016 e 2017, nelle quali si stabilivano dei limiti (con obiettivi di rientro da perseguire obbligatoriamente e con possibili sanzioni) per quanto riguarda lo scostamento eccessivo tra i Costi e i Ricavi da prestazioni sanitarie e da ticket. Più precisamente si ricorda che:

- era stato stabilito, in prima istanza, un limite pari o superiore al 10% dei suddetti Ricavi e, in valore assoluto, pari o superiore a 10 milioni di euro (indicazione questa valida per l'esercizio 2016);
- ma tali limiti sono stati abbassati al 7% e, in valore assoluto, a 7 milioni di euro (indicazione questa valida per l'esercizio 2017).

La conseguenza (ovvia) è stata quella di promuovere degli interventi, da parte delle Aziende Ospedaliere, in grado di riportare – se possibile – gli eventuali scostamenti presenti entro tali limiti;

b) nel frattempo è entrato in vigore, in tema di attività “a funzione” il Decreto Ministeriale di attuazione dell'art. 1, comma 526, della Legge di Stabilità 2016, sulla base dell'art. 8-sexies del Decreto Legislativo 502/1992 e successive modificazioni. Tale Decreto introduceva, già per il bilancio

2016 delle Aziende Ospedaliere, la possibilità di adottare una valorizzazione forfetaria “al rialzo” delle attività “a funzione”¹ che poteva arrivare sino al 30% dei Ricavi derivanti da prestazioni sanitarie e da ticket oltre che da contributi extra Lea: ma tale valorizzazione veniva calcolata non sulla base dei Ricavi così come esposti nel Conto Economico, bensì sulla base di un importo maggiorato, calcolato secondo un’apposita formula². Appare evidente che l’entrata in vigore di uno strumento di valutazione forfetaria delle attività “a funzione” poteva (e può) facilitare un intervento sui bilanci, allo scopo di renderli meglio compatibili con quanto stabilito nelle due Leggi di Stabilità che interessavano rispettivamente l’esercizio 2016 e 2017;

- c) peraltro va detto che era stata, in parallelo, istituita un’apposita Commissione presso il Ministero della Salute, destinata a definire i criteri di massima per l’attribuzione delle percentuali di riconoscimento forfetario del valore delle attività “a funzione”, in modo da tener conto di quanto effettivamente viene svolto come attività corrispondente da parte delle singole Aziende Ospedaliere: il tutto per poter modulare in concreto la disposi-

¹ Si tratta del 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. 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”. 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’espanto degli organi, le attività di trasporto, il coordinamento e l’organizzazione della rete dei prelievi e dei trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

² 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.

zione che recita “fino ad un massimo del 30%”, fermo restando che l’applicazione concreta di tali criteri doveva/dovrebbe far capo ai singoli sistemi sanitari regionali.

Ma i lavori della suddetta Commissione sono stati nel frattempo sospesi, allargando così nei fatti la possibilità di applicare, con totale discrezione, il valore forfetario “sino al 30%” delle proprie attività “a funzione” da parte di ogni Azienda Ospedaliera in accordo col Servizio Sanitario Regionale, rendendo così più facile il soddisfacimento o comunque l’avvicinamento agli obiettivi fissati dalle due Leggi di Stabilità per gli esercizi 2016 e 2017 in tema di limiti di scostamento tra Costi e Ricavi.

Va anche ricordato che le ragioni che stanno alla base della trattazione dei dati di bilancio da parte di questo Rapporto (e in particolare dei Conti Economici delle Aziende Ospedaliere) si ispirano a due principi di fondo:

- quello di poter arrivare ad una maggiore trasparenza e confrontabilità dei bilanci, quanto meno delle Aziende Ospedaliere, al di là di eventuali aggiustamenti in sede consuntiva: così da disporre di una situazione più chiara e condivisa dal punto di vista gestionale e tale da permettere di distinguere gli istituti di cura che lavorano in maniera più efficiente da quelli che risultano invece essere meno efficienti;
- e quello di individuare eventuali aree di inefficienza che “bloccano” anziché “liberare” risorse, da poter reinvestire nella ristrutturazione e nella riorganizzazione dei servizi in modo da servire meglio i pazienti.

Tenuto conto di quanto appena richiamato, l’analisi si è svolta, in concreto, nel modo che segue:

1) sono stati scelti innanzitutto i Conti Economici di 34 Aziende Ospedaliere (su 53) che fanno capo a più Regioni:

- 6 al Piemonte;
- 2 al Veneto;
- 5 all’Emilia Romagna;
- 2 alle Marche;
- 5 al Lazio;
- 2 alla Puglia;
- 4 alla Calabria;
- 8 alla Sicilia.

Si tratta di 2/3 delle Aziende Ospedaliere italiane, di cui 13 collocate nel Nord, 7 nel Centro e 14 nel Mezzogiorno.

Questa scelta, solo parzialmente ridotta rispetto alle 82 Aziende Ospedaliere analizzate lo scorso anno, è legata ai mutamenti avvenuti, specialmente in Lombardia (che da sola aveva all’incirca il 35% delle Aziende Ospedaliere italiane) a seguito dell’ultima riforma, la quale ha riportato

all'interno delle stesse Aziende anche parte dei servizi territoriali. La conseguenza è di non aver potuto fare confronti – almeno per il momento – con le Aziende Ospedaliere delle altre Regioni, a cui si è aggiunto il fatto che qualche altra operazione analoga di accorpamento è stata attuata – in termini puntuali di singola Azienda Ospedaliera – all'interno della Regione Friuli Venezia Giulia e della Regione Sardegna.

Tuttavia si può affermare che è stato considerato un ventaglio sufficientemente ampio e articolato di Aziende Ospedaliere e di Regioni corrispondenti;

- 2) si sono poi posti a confronto alcuni dati dei Conti Economici, da cui emergono alcune (vere o apparenti) “anomalie” qualora si pongano a confronto, tramite i Numeri Indice riferiti a quattro anni di Conti Economici delle Aziende Ospedaliere analizzate, in modo da cogliere l'andamento di alcune specifiche voci di bilancio e precisamente³:
 - l'andamento del numero dei Ricoveri rispetto all'andamento dei Ricavi da prestazioni sanitarie (cfr. tav. 23);
 - l'andamento del numero dei Ricoveri e l'andamento dei Costi per Acquisto di Beni e Servizi (cfr. tav. 24);
 - l'andamento dei Ricavi derivanti da attività “a funzione” e l'andamento dell'incidenza percentuale di tali attività su Ricavi da prestazioni + Ricavi da ticket come pure il confronto con l'incidenza percentuale delle stesse attività “a funzione”, calcolate sulla base del meccanismo previsto dal D.M. sopracitato (cfr. tav. 25);
 - e infine l'andamento dei Risultati di esercizio, con riferimento ai quattro anni esaminati e della loro incidenza sui Ricavi da prestazioni + Ticket (cfr. tav. 26);
- 3) sono stati successivamente effettuati alcuni calcoli diretti ad evidenziare degli ambiti di potenziale inefficienza, con riferimento alle attività “a funzione” su cui si era cominciato a ragionare nel Rapporto precedente, che possono far pensare alla presenza di forme di ripianamento implicito dei bilanci. Il che rende maggiormente coerente il Risultato di esercizio rispetto a quanto disposto in termini di scostamenti accettabili tra Costi e Ricavi, secondo quanto precisato in particolare dalla Legge di Stabilità 2016.

Si consideri dunque la prima delle tavole menzionate, quella relativa al confronto tra l'andamento dei Ricoveri e l'andamento dei Ricavi corrispondenti nei quattro anni presi in considerazione (tav. 23).

³ Le tavole di seguito menzionate sono state predisposte a partire dai dati dei Conti Economici 2016 delle 34 Aziende Ospedaliere, di cui sono state prese in considerazione le rispettive Relazioni di Bilancio (cfr. Tabella All. 1 nel capitolo 1 degli Allegati).

I Numeri Indice mettono bene in evidenza i seguenti fenomeni:

- a) una tendenziale diminuzione del numero di ricoveri che passano da 100,0 (N.I. 2013) a 90,5 (N.I. 2016), per quanto riguarda l'insieme delle Aziende Ospedaliere considerate. Ma a fronte di questa diminuzione si sarebbe in presenza, al contrario, di un aumento dei Ricavi da prestazioni sanitarie che passano da 100,0 (N.I. 2013) a 104,4 (N.I. 2016): la differenza tra Numeri Indice, considerando l'anno 2016, tra andamento dei Ricavi e andamento dei Ricoveri risulta in media, per tutte le Aziende Ospedaliere analizzate, pari a 13,9 punti.

Ed è qui che già appare, pur nei termini medi complessivi, una possibile "anomalia": diminuiscono infatti i Ricoveri – anche in maniera consistente – mentre aumentano i Ricavi da prestazioni sanitarie. L'obiezione potrebbe essere che la diminuzione dei primi non è altro che l'esplicitazione di un processo in atto ormai da tempo, che registra una diminuzione tendenziale dell'ospedalizzazione, a cui si ricorre sempre più per prestazioni qualificate, lasciando il resto della domanda a risposte di tipo ambulatoriale. È questa una considerazione da tener presente, ma da sola non basta a spiegare interamente il fenomeno;

- b) infatti se si prende in considerazione il confronto richiamato nel precedente punto a), ma con riferimento alle Aziende Ospedaliere del Nord, del Centro e del Sud, si vede come:
- la differenza tra andamento dei Ricavi e andamento dei Ricoveri sia di 3,7 punti percentuali per il Nord (ma anche con differenze negative per Aziende di punta come quelle della Regione Veneto);
 - salga a 19,1 punti per il Centro (ma con differenze di 25 punti e più, in particolare per le Aziende Ospedaliere del Lazio);
 - e addirittura arrivi a 24,4 punti per il Sud (ma con differenze superiori ai 30 punti per la Regione Sicilia).

Appare evidente che l'obiezione potenziale di cui al precedente punto a) non può bastare per spiegare i dati per Regioni come la Sicilia, la Calabria o il Lazio: constatare la presenza di un'"anomalia" diventa allora naturale, a meno di dover ammettere una crescita pronunciata e generalizzata di prestazioni con DRG elevati.

Qualora si passi al confronto tra l'andamento del numero di Ricoveri nel quadriennio e l'andamento nello stesso periodo del Costo per Acquisto di Beni e Servizi (cfr. tavola 24) emerge anche in tal caso una successiva, possibile "anomalia". Infatti:

- a) si ripete – come nella precedente tavola 23 – la constatazione di una divaricazione tra la diminuzione del numero dei Ricoveri e un parallelo aumento del Costo per Acquisto di Beni e Servizi, visto che i primi si ridu-

cono in quattro anni da 100,0 a 90,5 (in termini di Numeri Indice), per l'insieme delle Aziende Ospedaliere analizzate, mentre il Costo per Acquisto di Beni e Servizi passa da 100,0 nel 2013 a 112,2 nel 2016.

È evidente che anche in tal caso possano esserci delle spiegazioni legate all'aumento dei prezzi (e questo malgrado l'introduzione di meccanismi di centralizzazione degli acquisti e l'impatto della *spending review* unitamente, in taluni casi, alla presenza di appositi Commissari) come pure legate al miglioramento delle prestazioni fornite, con la conseguenza di aver dovuto elevare anche la qualità dei beni e dei servizi utilizzati (in coerenza con quanto osservato nel commento relativo alla tavola 23);

b) ma anche in questo caso le spiegazioni non bastano se si guarda alle differenze dei Numeri Indice relativi ai Costi per l'Acquisto di Beni e Servizi e quelli relativi ai Ricoveri. Tali differenze infatti:

- raggiungono mediamente i 14,6 punti in più per il Nord (ma i 20,4 per l'Emilia Romagna, i 16,4 per il Piemonte e i -0,6 per il Veneto);
- ma salgono a 23,7 punti per le Aziende del Centro (con una media di 25,5 punti per il Lazio);
- e arrivano a 29,5 punti per il Sud (con 43,2 punti per la Sicilia).

Anche per il confronto numero dei Ricoveri/Acquisto di Beni e Servizi dunque ci sono i termini per ipotizzare una qualche “anomalia”, specie per alcuni casi di Aziende Ospedaliere e/o per qualche realtà regionale.

È stato poi effettuato il terzo raffronto inizialmente richiamato, il quale viene illustrato dai dati contenuti nella successiva tavola 25. 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 l'incidenza percentuale delle medesime sui Ricavi da prestazioni sanitarie + Ricavi da ticket. Ma tale operazione è stata effettuata sia sulla base dei valori presenti nei Conti Economici sia sulla base del meccanismo previsto dal Decreto Ministeriale soprarichiamato: il che vuol dire che nel primo caso si perviene ad una percentuale “reale”, mentre nel secondo caso si arriva ad una percentuale “virtuale” nel senso che quest'ultima è stata calcolata a partire da una base ricostruita col suddetto meccanismo che genera un denominatore più ampio che porta ad una percentuale più ridotta. Il risultato di questo confronto mette in evidenza:

a) innanzitutto un aumento del valore riconosciuto in bilancio alle attività “a funzione” che interessa tutte le Aziende Ospedaliere considerate, visto che, nel periodo 2013-2016, il Numero Indice medio complessivo relativo ai Ricavi di tali attività passa da 100,0 a 108,6, con qualche punta intermedia di 112,5 (per il 2014) e di 109,8 (per il 2015). Ma la situazione può apparire diversa qualora si consideri:

Tav. 23 – Confronto dell'andamento dei Ricoveri e dei Ricavi corrispondenti nei quattro anni considerati (N.I.: 2013 = 100,0)

Aziende Ospedaliere	Numero ricoveri ordinari e in day hospital					Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320)					Differenza tra N.I. dei Ricavi e N.I. dei Ricoveri	
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2016	2017
A.O. 1	100,0	95,2	88,7	87,4	87,4	100,0	97,7	99,0	101,8	101,8	14,4	14,4
A.O. 2	100,0	96,6	111,6	97,6	97,6	100,0	100,8	104,9	106,3	106,3	8,7	8,7
A.O. 3	100,0	95,8	95,8	95,3	95,3	100,0	96,8	100,2	102,8	102,8	7,5	7,5
A.O. 4	100,0	96,5	98,5	98,3	98,3	100,0	96,9	100,7	105,6	105,6	7,3	7,3
A.O. 5	100,0	95,3	98,3	90,1	90,1	100,0	94,9	94,9	98,8	98,8	8,7	8,7
A.O. 6	100,0	84,1	95,0	94,7	94,7	100,0	97,9	100,3	99,9	99,9	5,2	5,2
Totale Piemonte	100,0	90,7	97,4	94,5	94,5	100,0	97,7	100,4	102,0	102,0	7,5	7,5
A.O. 7	100,0	98,6	107,6	105,4	105,4	100,0	98,0	99,3	99,8	99,8	-5,6	-5,6
A.O. 8	100,0	100,9	115,1	125,3	125,3	100,0	101,9	108,7	112,4	112,4	-12,9	-12,9
Totale Veneto	100,0	99,8	111,3	115,2	115,2	100,0	99,9	103,9	105,9	105,9	-9,3	-9,3
A.O. 9	100,0	98,9	99,0	98,4	98,4	100,0	102,0	103,4	104,1	104,1	5,7	5,7
A.O. 10	100,0	97,7	96,7	96,0	96,0	100,0	100,7	101,0	101,6	101,6	5,6	5,6
A.O. 11	100,0	96,7	95,5	94,0	94,0	100,0	99,7	99,8	99,4	99,4	5,4	5,4
A.O. 12	100,0	97,9	97,2	98,4	98,4	100,0	101,0	101,6	104,1	104,1	5,7	5,7
A.O. 13	100,0	98,8	97,9	96,3	96,3	100,0	101,9	102,3	101,8	101,8	5,5	5,5
Totale Emilia Romagna	100,0	98,0	97,3	97,0	97,0	100,0	101,1	101,7	102,6	102,6	5,6	5,6
TOTALE NORD	100,0	95,4	100,0	99,4	99,4	100,0	99,6	101,7	103,1	103,1	3,7	3,7
A.O. 14	100,0	99,3	94,2	92,1	92,1	100,0	95,4	93,1	95,8	95,8	3,7	3,7
A.O. 15	100,0	97,4	93,6	93,8	93,8	100,0	93,6	92,6	97,6	97,6	3,8	3,8
Totale Marche	100,0	98,1	93,8	93,2	93,2	100,0	94,2	92,8	96,9	96,9	3,7	3,7
A.O. 16	100,0	96,6	78,0	69,7	69,7	100,0	98,7	96,3	92,7	92,7	23,0	23,0
A.O. 17	100,0	91,2	86,0	77,7	77,7	100,0	93,2	106,1	103,3	103,3	25,6	25,6
A.O. 18	100,0	93,7	80,1	74,7	74,7	100,0	95,8	98,9	99,3	99,3	24,6	24,6
A.O. 19	100,0	97,9	83,9	77,9	77,9	100,0	100,1	103,6	103,6	103,6	25,7	25,7
A.O. 20	100,0	102,6	90,4	86,1	86,1	100,0	104,9	111,6	114,4	114,4	28,3	28,3
Totale Lazio	100,0	96,2	82,6	76,2	76,2	100,0	98,3	102,0	101,4	101,4	25,2	25,2
TOTALE CENTRO	100,0	96,7	85,7	80,9	80,9	100,0	97,1	99,2	100,0	100,0	19,1	19,1

./.

(Segue) Tav. 23 – Confronto dell'andamento dei Ricoveri e dei Ricavi corrispondenti nei quattro anni considerati (N.I.: 2013 = 100,0)

Aziende Ospedaliere	Numero ricoveri ordinari e in day hospital					Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320)					Differenza tra N.I. dei Ricavi e N.I. dei Ricoveri	
	2013	2014	2015	2016		2013	2014	2015	2016		2016	
A.O. 21	100,0	95,0	89,3	88,8		100,0	101,9	105,9	99,5		10,7	
A.O. 22	100,0	93,3	89,2	88,4		100,0	100,0	105,8	99,0		10,6	
Totale Puglia	100,0	94,4	89,3	88,7		100,0	101,2	105,9	99,3		10,6	
A.O. 23	100,0	94,2	92,6	100,2		100,0	99,1	98,6	119,7		19,5	
A.O. 24	100,0	95,2	94,3	88,9		100,0	100,2	100,4	111,0		22,1	
A.O. 25	100,0	95,4	95,8	95,6		100,0	100,4	102,0	114,3		18,7	
A.O. 26	100,0	94,0	92,1	86,7		100,0	99,0	98,0	103,6		16,9	
Totale Calabria	100,0	94,6	93,3	92,4		100,0	99,6	99,3	111,9		19,5	
A.O. 27	100,0	83,4	78,9	85,3		100,0	96,3	102,9	102,9		17,6	
A.O. 28	100,0	84,2	80,7	94,4		100,0	97,2	105,1	113,9		19,5	
A.O. 29	100,0	87,2	84,9	94,1		100,0	100,6	110,6	113,6		19,5	
A.O. 30	100,0	83,0	76,4	84,9		100,0	95,9	99,5	102,5		17,6	
A.O. 31	100,0	90,1	89,6	102,8		100,0	104,0	116,7	124,1		21,3	
A.O. 32	100,0	85,0	80,8	n.d.		100,0	98,2	105,3	110,4		n.d.	
A.O. 33	100,0	86,1	76,5	88,0		100,0	99,5	99,7	106,2		18,2	
A.O. 34	100,0	86,5	89,3	113,7		100,0	99,9	116,3	137,1		23,4	
Totale Sicilia	100,0	85,8	82,2	81,6		100,0	99,1	107,1	113,8		32,2	
TOTALE SUD	100,0	89,8	86,2	85,6		100,0	99,7	105,5	110,0		24,4	
TOTALE GENERALE	100,0	93,7	92,0	90,5		100,0	99,1	102,3	104,4		13,9	

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tav. 24 – Confronto dell'andamento del numero dei Ricoveri e dei costi per Acquisto di Beni e Servizi nei quattro anni considerati (N.I.: 2013 = 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	
	2013	2014	2015	2016	2016	2013	2014	2015	2016	2016	2016	2016
A.O. 1	100,0	95,2	88,7	87,4	87,4	100,0	99,1	110,8	119,1		31,7	
A.O. 2	100,0	96,6	111,6	97,6	97,6	100,0	105,4	120,5	123,8		26,2	
A.O. 3	100,0	95,8	95,8	95,3	95,3	100,0	99,2	105,0	110,5		15,2	
A.O. 4	100,0	96,5	98,5	98,3	98,3	100,0	95,1	100,9	113,0		14,7	
A.O. 5	100,0	95,3	98,3	90,1	90,1	100,0	95,8	102,5	106,6		16,5	
A.O. 6	100,0	84,1	95,0	94,7	94,7	100,0	96,8	106,3	105,9		11,2	
Totale Piemonte	100,0	90,7	97,4	94,5	94,5	100,0	98,1	107,5	110,9		16,4	
A.O. 7	100,0	98,6	107,6	105,4	105,4	100,0	96,3	109,1	107,1		1,7	
A.O. 8	100,0	100,9	115,1	125,3	125,3	100,0	105,1	126,3	124,8		-0,5	
Totale Veneto	100,0	99,8	111,3	115,2	115,2	100,0	100,0	116,4	114,6		-0,6	
A.O. 9	100,0	98,9	99,0	98,4	98,4	100,0	107,5	103,5	111,0		12,6	
A.O. 10	100,0	97,7	96,7	96,0	96,0	100,0	101,2	101,7	107,8		11,8	
A.O. 11	100,0	96,7	95,5	94,0	94,0	100,0	103,7	110,9	114,2		20,2	
A.O. 12	100,0	97,9	97,2	98,4	98,4	100,0	105,7	136,6	128,6		30,2	
A.O. 13	100,0	98,8	97,9	96,3	96,3	100,0	102,8	118,5	113,6		17,3	
Totale Emilia Romagna	100,0	98,0	97,3	97,0	97,0	100,0	104,8	117,9	117,4		20,4	
TOTALE NORD	100,0	95,4	100,0	99,4	99,4	100,0	100,8	113,3	114,0		14,6	
A.O. 14	100,0	99,3	94,2	92,1	92,1	100,0	103,2	107,9	110,3		18,2	
A.O. 15	100,0	97,4	93,6	93,8	93,8	100,0	103,6	116,7	114,7		20,9	
Totale Marche	100,0	98,1	93,8	93,2	93,2	100,0	103,4	113,8	113,2		20,0	
A.O. 16	100,0	96,6	78,0	69,7	69,7	100,0	100,9	98,9	95,2		25,5	
A.O. 17	100,0	91,2	86,0	77,7	77,7	100,0	98,1	110,6	116,1		38,4	
A.O. 18	100,0	93,7	80,1	74,7	74,7	100,0	98,3	104,8	102,5		27,8	
A.O. 19	100,0	97,9	83,9	77,9	77,9	100,0	107,6	104,6	107,8		29,9	
A.O. 20	100,0	102,6	90,4	86,1	86,1	100,0	105,2	103,6	96,6		10,5	
Totale Lazio	100,0	96,2	82,6	76,2	76,2	100,0	101,5	103,9	101,7		25,5	
TOTALE CENTRO	100,0	96,7	85,7	80,9	80,9	100,0	102,0	106,4	104,6		23,7	

(Segue) Tav. 24 – Confronto dell'andamento del numero dei Ricoveri e dei costi per Acquisto di Beni e Servizi nei quattro anni considerati (N.I.: 2013 = 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	
	2013	2014	2015	2016	2016	2013	2014	2015	2016	2016		
A.O. 21	100,0	95,0	89,3	88,8	88,8	100,0	97,4	112,6	97,4	97,4		
A.O. 22	100,0	93,3	89,2	88,4	88,4	100,0	108,5	114,4	102,7	102,7		
Totale Puglia	100,0	94,4	89,3	88,7	88,7	100,0	100,9	113,1	99,1	99,1		
A.O. 23	100,0	94,2	92,6	100,2	100,2	100,0	97,7	105,1	109,8	109,8		
A.O. 24	100,0	95,2	94,3	88,9	88,9	100,0	93,8	108,5	104,4	104,4		
A.O. 25	100,0	95,4	95,8	95,6	95,6	100,0	95,3	96,4	99,0	99,0		
A.O. 26	100,0	94,0	92,1	86,7	86,7	100,0	108,1	107,4	113,0	113,0		
Totale Calabria	100,0	94,6	93,3	92,4	92,4	100,0	99,2	105,1	107,4	107,4		
A.O. 27	100,0	83,4	78,9	85,3	85,3	100,0	101,8	107,7	113,4	113,4		
A.O. 28	100,0	84,2	80,7	94,4	94,4	100,0	105,3	127,4	129,3	129,3		
A.O. 29	100,0	87,2	84,9	94,1	94,1	100,0	104,5	124,9	125,3	125,3		
A.O. 30	100,0	83,0	76,4	84,9	84,9	100,0	105,8	114,1	116,2	116,2		
A.O. 31	100,0	90,1	89,6	102,8	102,8	100,0	105,7	141,6	139,1	139,1		
A.O. 32	100,0	85,0	80,8	n.d.	n.d.	100,0	105,9	116,8	113,0	113,0		
A.O. 33	100,0	86,1	76,5	88,0	88,0	100,0	103,6	102,1	109,9	109,9		
A.O. 34	100,0	86,5	89,3	113,7	113,7	100,0	111,9	149,2	156,7	156,7		
Totale Sicilia	100,0	85,8	82,2	81,6	81,6	100,0	105,5	122,6	124,8	124,8		
TOTALE SUD	100,0	89,8	86,2	85,6	85,6	100,0	103,2	117,2	115,1	115,1		
TOTALE GENERALE	100,0	93,7	92,0	90,5	90,5	100,0	101,8	112,9	112,2	112,2		

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

- la situazione media del Nord che vede un aumento del Numero Indice da 100,0 nel 2013 a 123,6 nel 2016: con punte di 149,8 per il Veneto che trova tuttavia una spiegazione nella concentrazione di 5 Centri Specialistici Regionali all'interno di una delle due Aziende Ospedaliere presenti nella tavola 25, ma anche con un aumento a 124,8 per l'altra Azienda; e così avviene anche per una delle Aziende dell'Emilia Romagna che ha più che raddoppiato le proprie attività “a funzione” tra il 2013 e il 2016 (da 100,0 a 232,2);
- la situazione media del Centro che registra un lieve incremento del Numero Indice, il quale passa da 100,0 a 102,1, ma con punte di 118,5 nel 2014 e di 105,9 nel 2015: con una particolare dinamica al rialzo per le Aziende Ospedaliere delle Marche e, al contrario, con una diminuzione consistente per quasi tutte le Aziende Ospedaliere del Lazio;
- la situazione media del Sud che presenta un Numero Indice in contrazione nel quadriennio, scendendo da 100,0 nel 2013 a 97,7 nel 2016, ma con una punta al rialzo anche in questo caso pari a 112,5 nel 2014 e a 109,4 nel 2015.

È abbastanza evidente che la voce attività “a funzione”, potendo comprendere una assai ampia varietà di prestazioni⁴, può rispecchiare sia un aumento effettivo e qualificante di queste ultime ma può anche prestarsi a qualche forma di implicita copertura delle inefficienze della singola Azienda Ospedaliera;

- b) a conferma di quanto appena ricordato il secondo gruppo di dati della tavola 25, espone l'andamento dell'incidenza percentuale delle attività “a funzione” sul totale dei Ricavi da prestazione + i Ricavi da ticket. Come si può vedere nel 2016 le Aziende considerate evidenziano un'incidenza media pari al 39,0%: il che significa che i Ricavi derivanti dalle attività “a funzione” rappresentano un ammontare rilevante rispetto alle attività caratteristiche delle Aziende Ospedaliere e cioè rispetto ai Ricavi da prestazioni sanitarie + i Ricavi da ticket. Ed è abbastanza logico che una voce di bilancio di tale entità non possa riuscire ad illustrare adeguatamente (e con trasparenza sufficiente) il bilancio stesso. Ma il 39,0% medio comporta anche una differenziazione interna a seconda dei diversi territori. Basti considerare che:

- nel Nord la percentuale media è del 35,1%, ma con punte per qualche Azienda del 45,1% o addirittura del 66,9% nell'ambito del Piemonte, del 38,7% nell'ambito del Veneto e ancora del 40,8% nell'ambito dell'Emilia Romagna;

⁴ Cfr. precedente nota 1.

Tav. 25 – Andamento dei Ricavi per “attività a funzione” (N.I.: 2013 = 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	Ricavi 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			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
A.O. 1	100,0	86,2	94,1	111,5	33,6	29,6	31,9	36,8	25,1	22,9	24,2	26,9
A.O. 2	100,0	103,4	115,7	140,3	34,0	34,8	37,5	45,1	25,3	25,8	27,3	31,1
A.O. 3	100,0	101,0	102,9	112,4	26,7	27,9	27,5	29,3	21,1	21,8	21,5	22,6
A.O. 4	100,0	96,3	104,9	116,1	39,7	39,4	41,3	43,7	28,4	28,3	29,3	30,4
A.O. 5	100,0	112,0	111,8	136,6	29,2	34,4	34,3	40,4	22,6	25,6	25,6	28,8
A.O. 6	100,0	97,4	98,8	100,7	66,1	65,7	65,2	66,9	39,8	39,6	39,5	40,1
Totale Piemonte	100,0	98,4	102,0	110,1	46,7	46,9	47,5	50,6	31,8	31,9	32,2	33,6
A.O. 7	100,0	147,4	144,8	175,6	22,0	33,0	32,0	38,7	18,0	24,8	24,2	27,9
A.O. 8	100,0	110,8	134,2	124,8	24,2	26,3	29,9	26,9	19,5	20,8	23,0	21,2
Totale Veneto	100,0	128,8	139,4	149,8	23,1	29,7	30,9	32,6	18,7	22,9	23,6	24,6
A.O. 9	100,0	131,1	115,3	121,6	15,9	20,4	17,7	18,6	13,7	17,0	15,1	15,7
A.O. 10	100,0	97,0	105,1	105,1	13,9	13,4	14,5	14,4	12,2	11,8	12,6	12,6
A.O. 11	100,0	127,4	132,6	132,6	16,2	20,7	21,5	21,5	13,9	17,1	17,7	17,7
A.O. 12	100,0	117,1	109,2	120,1	17,5	20,4	18,9	20,3	14,9	16,9	15,9	16,9
A.O. 13	100,0	210,6	231,7	232,2	17,9	37,0	40,5	40,8	15,2	27,0	28,8	29,0
Totale Emilia Romagna	100,0	133,6	133,0	138,0	16,4	21,7	21,5	22,1	14,1	17,8	17,7	18,1
TOTALE NORD	100,0	111,8	115,8	123,6	29,2	32,8	33,3	35,1	22,6	24,7	25,0	26,0
A.O. 14	100,0	117,7	111,1	128,3	36,4	44,9	43,4	48,6	26,7	31,0	30,3	32,7
A.O. 15	100,0	124,5	139,4	129,1	25,9	34,4	39,0	34,3	20,6	25,6	28,0	25,5
Totale Marche	100,0	121,5	127,1	128,7	29,6	38,2	40,5	39,3	22,9	27,6	28,8	28,2
A.O. 16	100,0	116,0	88,8	76,5	24,3	28,6	22,5	20,2	19,6	22,2	18,4	16,8
A.O. 17	100,0	141,8	97,5	81,2	16,8	25,6	15,5	13,3	14,4	20,4	13,4	11,7
A.O. 18	100,0	111,8	89,2	85,7	29,0	33,8	26,2	25,1	22,5	25,3	20,8	20,0
A.O. 19	100,0	123,2	103,1	95,9	14,2	17,5	14,2	13,2	12,4	14,9	12,4	11,6
A.O. 20	100,0	112,5	109,0	108,9	17,9	19,3	17,6	17,2	15,2	16,1	14,9	14,6
Totale Lazio	100,0	116,8	93,8	86,9	22,4	26,6	20,7	19,3	18,3	21,0	17,1	16,2
TOTALE CENTRO	100,0	118,5	105,9	102,1	24,6	30,0	26,3	25,2	19,7	23,1	20,8	20,1

./.

(Segue) Tav. 25 – Andamento dei Ricavi per “attività a funzione” (N.I.: 2013 = 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	Ricavi 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 DMI			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
A.O. 21	100,0	117,1	97,4	96,5	52,6	60,6	48,5	51,3	34,5	37,7	32,7	33,9
A.O. 22	100,0	103,6	93,2	92,8	47,1	48,8	41,6	44,3	32,0	32,8	29,4	30,7
Totale Puglia	100,0	112,7	96,0	95,3	50,7	56,4	46,0	48,8	33,6	36,1	31,5	32,8
A.O. 23	100,0	99,4	100,9	78,6	84,3	84,6	86,4	55,6	45,8	45,8	46,4	35,7
A.O. 24	100,0	98,1	96,9	100,2	69,2	67,8	66,8	62,6	40,9	40,4	40,1	38,5
A.O. 25	100,0	96,6	69,7	20,2	39,4	38,1	27,1	7,1	28,3	27,6	21,3	6,6
A.O. 26	100,0	100,0	98,4	87,5	66,5	67,1	66,7	56,3	40,0	40,2	40,0	36,0
Totale Calabria	100,0	99,0	97,0	83,6	69,6	69,3	68,1	52,2	41,0	40,9	40,5	34,3
A.O. 27	100,0	106,6	106,2	106,5	53,3	59,1	55,2	55,3	34,8	37,1	35,5	35,6
A.O. 28	100,0	112,5	104,1	104,7	45,4	52,6	45,0	41,8	31,2	34,5	31,0	29,5
A.O. 29	100,0	102,1	106,1	103,8	62,7	63,7	60,3	57,5	38,5	38,9	37,6	36,5
A.O. 30	100,0	130,8	111,1	100,2	86,3	117,8	96,4	84,6	46,3	54,1	49,1	45,8
A.O. 31	100,0	99,8	95,0	94,4	47,8	45,9	39,0	36,6	32,3	31,5	28,1	26,8
A.O. 32	100,0	112,5	104,5	93,2	73,4	84,1	72,9	62,1	42,3	45,7	42,2	38,3
A.O. 33	100,0	114,3	112,8	101,8	89,7	103,3	101,7	86,2	47,3	50,8	50,4	46,3
A.O. 34	100,0	151,9	150,2	128,0	50,1	76,2	64,9	47,0	33,4	43,3	39,4	32,0
Totale Sicilia	100,0	114,7	110,4	102,9	63,6	73,7	65,7	57,8	38,9	42,4	39,7	36,6
TOTALE SUD	100,0	111,3	105,0	97,7	61,5	68,7	61,3	54,9	38,1	40,7	38,0	35,4
TOTALE GENERALE	100,0	112,5	109,4	108,6	37,3	42,4	40,0	39,0	27,2	29,8	28,6	28,0

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

Fonte: indagine Ermenegia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

- tale incidenza media scende invece al 25,2% per le Aziende del Centro con una punta verso il basso del 19,3% per il Lazio e verso l'alto del 48,6% per un'Azienda Ospedaliera delle Marche;
- ma l'incidenza media del 35,1% balza al 54,9% per il Sud, con punte particolarmente elevate all'interno delle Aziende della Calabria (sino al 62,6% per una di esse) e della Sicilia (con situazioni che non solo possono superare il 60% ma anche l'80% in alcuni casi specifici).

Se è del tutto evidente che una voce di bilancio che copre all'incirca il 40% della produzione sanitaria + i ticket risulta già di per sé troppo elevata per garantire un minimo di trasparenza del bilancio, qualora si salga oltre il 60% o addirittura oltre l'80% si viene a creare una palese “anomalia”;

- va inoltre notato che in molti casi l'incidenza percentuale delle attività “a funzione” sui Ricavi da prestazione + i Ricavi da ticket è quasi sempre cresciuta nel quadriennio per le Aziende Ospedaliere delle varie Regioni, ma soprattutto si è verificato un fenomeno pronunciato di crescita di tale incidenza negli anni intermedi 2014 e 2015, probabilmente per lo sforzo di migliorare i relativi bilanci;
- infine è interessante prendere in considerazione l'ultimo gruppo di dati della tavola 25, in cui è stata ricalcolata l'incidenza percentuale del valore esposto in bilancio delle attività “a funzione”, applicando il criterio “generoso” del D.M., il quale però definisce un limite massimo forfetario riconoscibile del 30% per quelle Aziende Ospedaliere che abbiano svolto effettivamente delle attività particolarmente numerose e di alta qualità. Come si può vedere le percentuali esposte sono, proprio grazie al meccanismo sopramenzionato, più basse rispetto a quelle prese in considerazione nel secondo gruppo di dati della tavola 25, con la conseguenza:
 - di essere in media pari al 26,0% nel Nord (ma con punte del 33,6% nel Piemonte, superando così il limite previsto del 30% in almeno 3 Aziende Ospedaliere della Regione);
 - di risultare del 20,1% per il Centro (ma col superamento del limite previsto dal D.M. per un'Azienda Ospedaliera delle Marche che tocca il 32,7%);
 - di arrivare al 35,4% per il Sud: con un superamento del limite del 30% sia in Puglia (32,8%) sia in Calabria (34,3%) sia in Sicilia (36,6%).

A questo si aggiunga che l'incidenza percentuale delle attività “a funzione” tende a crescere nei quattro anni considerati per quanto riguarda la situazione del Nord e per la Regione Marche, mentre tende a diminuire (almeno negli anni terminali del quadriennio) sostanzialmente per il resto del Centro e per il Sud. Ma spesso si registra un incremento elevato negli

anni intermedi (2014 e 2015), a conferma del probabile tentativo di recuperare nuovi e migliori equilibri di bilancio.

Nell'insieme dunque emerge un valore troppo elevato della voce attività "a funzione" rispetto ai Ricavi da prestazioni sanitarie + ticket e questo è particolarmente vero per il Mezzogiorno ma anche per alcune Aziende Ospedaliere del Nord: pur dovendo tener conto che tale valore può essere espressione sia di servizi ad effettivo valore aggiunto elevato per i pazienti sia di modalità implicite di ripianamento di bilancio.

Infine nella tavola 26 sono esposti risultati di esercizio delle aziende Ospedaliere nei quattro anni presi in considerazione, nonché l'incidenza di tali risultati sui Ricavi da prestazione + i Ricavi da ticket. A tale proposito possono essere avanzate le riflessioni seguenti:

- a) il perfetto equilibrio Costi/Ricavi di alcune Regioni colpisce per la sua improbabilità in qualsivoglia bilancio (pubblico o privato che sia): il che fa pensare ad un adeguamento delle poste in sede di redazione del Bilancio consuntivo. Ma questo non significa che si è in presenza sempre e comunque di una soluzione "impropria", anche se si è spinti ad ipotizzare quanto meno l'esistenza di qualche intervento di sostegno compensativo sul piano dei Ricavi (proprio tramite la voce attività "a funzione") da parte del rispettivo sistema sanitario regionale;
- b) quanto alle altre situazioni delle Aziende Ospedaliere che registrano un non perfetto equilibrio tra Costi e Ricavi, si rileva uno sforzo di riequilibrio di bilancio, visto l'andamento in diminuzione del deficit tra il 2013 e il 2016 (da parte delle Regioni del Nord). Mentre per quanto riguarda il Lazio si assiste nel complesso ad una lieve diminuzione nel quadriennio, ma con l'esplicitazione di deficit ingenti e, in un caso specifico, addirittura in crescita: si tratta di una situazione in palese controtendenza rispetto alle altre Regioni, forse anche per l'azione del commissariamento che probabilmente ha preferito esplicitare una situazione reale di deficit. Nel Sud, a parte la Sicilia, i risultati negativi sono stati esplicitati per qualche singola Azienda Ospedaliera della Puglia e della Calabria in particolare.

Nell'insieme l'incidenza percentuale dei deficit esposti nella tabella 4, Lazio escluso, risulta ampiamente al di sotto del 7% previsto dalla Legge di Stabilità 2016.

A valle dell'analisi di alcune possibili "anomalie" si sono anche effettuate alcune stime, a partire dal valore attribuito alle attività "a funzione" che – come ipotizzato nelle simulazioni predisposte nello Rapporto 2016, in previsione dell'entrata in vigore del D.M. di cui alle precedenti note 1 e 2 – possono comprendere degli impropri extraricavi che diventerebbero delle forme implicite di ripianamento di bilancio.

Tav. 26 – Risultati di esercizio delle Aziende Ospedaliere nei quattro anni considerati (in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Risultati di esercizio (v.a.)					Incidenza % dei risultati di esercizio (+/-) sui Ricavi da prestazioni + ticket				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
A.O. 1	0	- 10.147	0	0	0	0,0	-9,5	0,0	0,0	0,0
A.O. 2	- 5.990	- 12.852	- 18.864	- 6.428	- 1.713	-3,2	-6,8	-9,6	-3,2	-3,2
A.O. 3	0	- 5.619	0	1.713	0	0,0	-3,2	0,0	0,0	0,9
A.O. 4	0	- 5.737	- 4.486	2.403	0	0,0	-3,8	-2,8	1,5	1,5
A.O. 5	0	- 8.432	- 6.568	1.801	0	0,0	-6,8	-5,3	1,4	1,4
A.O. 6	- 12.750	- 30.648	- 15.081	0	0	-2,3	-5,6	-2,7	0,0	0,0
Totale Piemonte	- 18.740	- 73.435	- 44.999	- 511	- 34	-1,4	-5,7	-3,4	0,0	0,0
A.O. 7	- 25.609	- 22.835	- 17.047	- 10.491	- 6,0	-6,0	-5,4	-4,0	-2,5	-2,5
A.O. 8	- 24.950	- 13.451	1.000	490	-3,3	-6,2	-3,3	0,2	0,1	0,1
Totale Veneto	- 50.559	- 36.286	- 16.047	- 10.001	- 6,1	-4,4	-1,9	-1,9	-1,1	-1,1
A.O. 9	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
A.O. 11	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
A.O. 13	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
TOTALE NORD	- 69.299	- 109.721	- 61.046	- 10.512	-2,0	-2,0	-3,1	-1,7	-0,3	-0,3
A.O. 14	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 15	0	0	0	2.582	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9
Totale Marche	0	-	-	2.582	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6
A.O. 16	- 151.274	- 158.632	- 161.799	- 155.718	-60,9	-60,9	-64,8	-67,9	-68,0	-68,0
A.O. 17	- 91.594	- 102.291	- 98.853	- 81.733	-71,8	-71,8	-85,9	-73,3	-62,3	-62,3
A.O. 18	- 77.273	- 74.610	- 92.543	- 140.252	-23,4	-23,4	-23,6	-28,5	-42,9	-42,9
A.O. 19	- 102.291	- 53.708	- 54.160	- 49.108	-74,5	-74,5	-39,2	-38,3	-34,7	-34,7
A.O. 20	- 55.349	- 73.601	- 62.567	- 41.794	-31,7	-31,7	-40,4	-32,3	-21,1	-21,1
Totale Lazio	- 477.781	- 462.842	- 469.922	- 468.605	-46,9	-46,9	-46,3	-45,5	-45,7	-45,7
TOTALE CENTRO	- 477.781	- 462.842	- 469.922	- 466.023	-32,8	-32,8	-32,8	-32,6	-32,1	-32,1

./.

(Segue) Tav. 26 – Risultati di esercizio delle Aziende Ospedaliere nei quattro anni considerati (in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Risultati di esercizio (v.a.)					Incidenza % dei risultati di esercizio (+/-) sui Ricavi da prestazioni + ticket				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
A.O. 21	0	0	- 28.102	- 19.736	- 19.736	0,0	0,0	- 8,7	- 6,5	- 6,5
A.O. 22	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Puglia	0	-	- 28.102	- 19.736	- 19.736	0,0	0,0	- 5,6	- 4,2	- 4,2
A.O. 23	- 4.584	- 6.007	- 1.880	0	0	- 4,6	- 6,1	- 1,9	0,0	0,0
A.O. 24	- 1.682	- 3.764	- 2.265	-	-	- 1,7	- 3,9	- 2,3	0,0	0,0
A.O. 25	- 15.516	- 14.562	- 29.858	- 42.000	- 42.000	- 41,2	- 38,7	- 78,3	- 98,8	- 98,8
A.O. 26	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Calabria	- 21.782	- 24.333	- 34.003	- 42.000	- 42.000	- 6,6	- 7,4	- 10,3	- 11,4	- 11,4
A.O. 27	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 28	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 29	0	788	0	0	0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
A.O. 30	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 31	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 32	0	2.456	2.680	0	0	0,0	1,6	1,6	0,0	0,0
A.O. 33	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A.O. 34	0	2209	0	1120	0	0,0	1,8	0,0	0,7	0,7
Totale Sicilia	-	5.453	2.680	1.120	1.120	0,0	0,5	0,2	0,1	0,1
TOTALE SUD	- 21.782	- 18.880	- 59.425	- 60.616	- 60.616	- 1,1	- 1,0	- 2,9	- 2,8	- 2,8
TOTALE GENERALE	- 568.862	- 591.443	- 590.393	- 537.151	- 537.151	- 8,2	- 8,6	- 8,3	- 7,4	- 7,4

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Come è stato evidenziato in dettaglio nel capitolo 1 degli Allegati, si è proceduto nel modo che segue (con riferimento ai dati 2016):

- si è valorizzata innanzitutto la quota delle attività “a funzione” che eccede il 30% dei Ricavi da Prestazioni sanitarie + Ticket, calcolata in base al Decreto Ministeriale di cui alle precedenti note 1 e 2: e questo è avvenuto sia per le 34 Aziende esaminate sia – attraverso un’apposita proiezione – per le altre 29 Aziende Ospedaliere, giungendo ad un valore complessivo pari a 643 milioni di euro;
- si sono quindi stimati i possibili extraricavi che comunque possono essere ragionevolmente presenti all’interno dei valori delle attività “a funzione” anche se depurati della quota che supera il 30% massimo previsto dal Decreto Ministeriale: in proposito si è adottato il criterio già utilizzato nel Rapporto *Ospedali&Salute/2016*, ipotizzando una sorta di “forchetta” compresa tra il 20% e il 30% del totale delle attività “a funzione”: e questo ha riguardato sia le 34 Aziende Ospedaliere esaminate sia – attraverso un’apposita proiezione – le rimanenti 29 Aziende Ospedaliere, giungendo ad un valore complessivo compreso tra 421 e 848 milioni di euro;
- ai valori fin qui stimati sono stati poi aggiunti i disavanzi complessivi di bilancio, dichiarati per l’anno 2016, di tutte le 53 Aziende Ospedaliere che corrispondono ad una cifra di 539 milioni di euro.

A questo punto l’insieme delle cifre suddette consente di stabilire una “forchetta” dei possibili extraricavi, concernenti le Aziende Ospedaliere italiane nel loro insieme, che risulta compresa tra 1.603 e 2.030 milioni di euro.

Assumendo poi l’ipotesi di proiettare questa stima sul totale degli Ospedali a gestione diretta si è adottata (in via prudenziale) la stessa “forchetta” di valori, pur presentando gli Ospedali a gestione diretta un valore doppio della produzione ospedaliera (Ricoveri + Ticket + File f, ecc.) rispetto alle Aziende Ospedaliere: a questo punto il totale complessivo degli extraricavi potrebbe essere compreso tra 3.206 e 4.060 milioni di euro che corrispondono rispettivamente al 6,0%-7,5% del totale della spesa per gli ospedali pubblici (pari a 53.847 milioni di euro, al netto della spesa che fa capo agli ospedali privati accreditati, con riferimento agli ultimi dati disponibili del 2015).

In conclusione, col presente paragrafo si è inteso lavorare – come ogni anno – sull’esigenza di rendere maggiormente trasparenti (e quindi meglio valutabili) i Bilanci delle strutture ospedaliere pubbliche, a partire dalle Aziende Ospedaliere per una serie evidente di ragioni, tra le quali si ricordano le seguenti:

- innanzitutto comprendere meglio il livello di efficienza/inefficienza della gestione, come peraltro la normativa richiederebbe ormai da tempo;

- poter confrontare i diversi livelli di efficienza tra strutture diverse, poiché non è sufficiente accontentarsi dei dati medi, i quali finiscono col “nascondere” le differenze che invece intercorrono non solo tra territori diversi ma anche tra strutture ospedaliere diverse all’interno dello stesso territorio;
- poter intervenire per tempo e non sempre ed esclusivamente ex-post (attraverso Piani di Rientro e/o Commissariamenti), mentre servirebbe agire ex-ante nel momento in cui si colgono segnali problematici;
- liberare risorse economiche che possono/debbono venir meglio utilizzate per i tanti bisogni delle strutture ospedaliere: a partire dall’obsolescenza delle strutture e dei macchinari (secondo il Rapporto OASI la prima sarebbe del 29% e la seconda del 74%), per non parlare dell’investimento assolutamente necessario nella manutenzione (che è la prima ad essere rimandata quando si devono tagliare i costi), per favorire il ricambio del personale (tema particolarmente attuale, stante il pensionamento già avviato e soprattutto quello in arrivo di un grande numero di medici e di infermieri) e infine – ma non certo ultima, anzi prima ragione – per poter intraprendere qualche seria operazione di riorganizzazione/ristrutturazione dei servizi;
- poter premiare/punire le strutture che non solo sono in grado di tagliare i costi, bensì anche di riorganizzarsi e di ristrutturarsi, così da mantenere ed anzi da migliorare i livelli di prestazione nei confronti degli utenti (pur con la consapevolezza di quanto sia difficile incidere sulle modalità di gestione nel pubblico per tutti i vincoli normativi che esistono a partire da quelli del personale);
- trasformare – sia pure lentamente – quella cultura collettiva sotterranea che tende troppo facilmente ad accettare che il pubblico possa non usare al meglio le risorse scarse a disposizione (salvo poi lamentarsi per i superticket o per le addizionali Irpef e Irap);
- valutare, alla fine, quanto costa realmente il servizio pubblico, esaminandone tutte le componenti vere di spesa (in relazione ai servizi effettivamente resi con qualità dovuta), in modo da rendere trasparente “quanto si dà, per che cosa e con quali risultati”;
- ed infine avvicinare, in maniera più paritaria, il trattamento destinato alle strutture pubbliche con quello riservato alle strutture private accreditate, a parità di prestazioni fornite: si ricorda in proposito che le seconde sono pagate esclusivamente a DRG, comprendendovi non solo i costi di esercizio ma anche quelli di investimento, mentre le prime (per ora solo le Aziende Ospedaliere) oltre ai DRG ricevono i contributi in Conto Capitale; questo non vuol dire che non si debba tener attentamente conto di

tutte le funzioni non tariffabili che il pubblico svolge sul territorio, a patto che siano chiaramente esplicitate in modo da poter essere anche ragionevolmente valutate.

Quest'anno ci siamo occupati in maniera più approfondita della voce di Bilancio delle attività "a funzione" per tutte le ragioni ricordate nel corso del presente paragrafo: troppe sottovoci finiscono col creare una sorta di voce-ombrello troppo grande per essere accettabile, a cui si aggiunge il meccanismo "generoso" del Decreto Ministeriale più volte menzionato, nonché la possibilità di veicolare contributi in Conto Esercizio e in Conto Capitale, contribuendo in tal modo a ripianamenti impliciti di Bilancio).

Il rischio che situazioni di Aziende Ospedaliere che presentano percentuali di attività "a funzione" (rispetto alle Prestazioni sanitarie + i Ticket), che superano ampiamente il 30% e talvolta raddoppiano tale percentuale, finiscono col contenere inevitabilmente un "pié di lista" e/o forme di contributo in Conto Gestione oltre che in Conto Capitale.

Giunti a questo punto una proposta possibile potrebbe essere quella di introdurre una rendicontazione dettagliata delle attività "a funzione" effettivamente svolte, magari integrata col tempo da una *cost/benefit analysis* così da legare la remunerazione al numero di malati curati e alla qualità delle risposte fornite (mentre oggi si tende a finanziare l'organizzazione così com'è).

Si ricorda – tanto per essere chiari – che due unità operative con pari dotazione di personale e di attrezzature possono effettuare un numero di interventi assai differenziato tra esse (che può andare anche da 1 a 10). Col risultato di dare origine, ad esempio, a formazioni di liste di attesa più lunghe per le unità migliori perché i pazienti si affollano in quella ritenuta più efficace e liste di attesa più corte per le unità che invece hanno pochi pazienti per il bacino di utenza ristretto o perché forniscono servizi ritenuti di minore qualità. Il risultato è che si corre il rischio di premiare il servizio che ha le liste più corte solo perché offre meno prestazioni e di punire il servizio che ha le liste più lunghe anche se lavora meglio.

4.2. Trasparenza e certificabilità dei bilanci ancora troppo a rilento

In alcune delle precedenti edizioni del Rapporto *Ospedali&Salute* si è tentato di ricostruire gli interventi normativi con cui, a partire dal D.Lgs n. 502/1992 (v. in particolare l'art. 5 in materia di «Patrimonio e contabilità» delle strutture sanitarie pubbliche), il legislatore nazionale e le amministrazioni regionali hanno provato ad introdurre idonee procedure amministrative,

contabili e gestionali, nonché criteri e modalità di certificazione dei bilanci degli enti del Ssn⁵.

I provvedimenti in questione testimoniano una sempre maggiore attenzione da parte della P.A., ai dati ed ai flussi intesi come strumenti utili per garantire una politica sanitaria coerente e sostenibile e una programmazione sanitaria efficiente. Sul punto, vale la pena di ricordare che nei vari Rapporti *Ospedali&Salute* sono stati utilizzati i dati di bilancio delle Aziende Ospedaliere italiane al fine di comprendere meglio alcuni processi-chiave di gestione allo scopo di ricavarne delle indicazioni in tema di efficienza/inefficienza⁶.

Come è noto, nell'esperienza italiana più recente, il governo della spesa sanitaria, puntando a garantire la sostenibilità del sistema, ha spesso trovato il suo punto di attacco nell'imposizione di vincoli contabili più che nei bisogni e nelle necessità dei pazienti e conseguentemente nelle azioni necessarie di ristrutturazione/riorganizzazione dei servizi sanitari così da ridurre l'impatto sui pazienti stessi, derivanti dall'intervento sui costi.

In un sistema come quello italiano, in cui la tutela della salute rappresenta innanzitutto un diritto costituzionale garantito, qualsiasi intervento sui costi non dovrebbe prescindere da una preliminare valutazione dei livelli di assistenza che è necessario garantire e soprattutto erogare. In questa prospettiva, non si può definire un costo di riferimento di una prestazione sanitaria senza valutare la capacità di soddisfare l'esigenza di cura cui quella prestazione è finalizzata.

La diffusione di una *cultura del dato* può in qualche modo contribuire ad invertire questa tendenza: il dato – se misurato in maniera trasparente ed attendibile – permette da un lato, di valutare l'assistenza sanitaria prestata (dati gestionali) e dall'altro, di calcolare le risorse finanziarie utilizzate (dati economici, patrimoniali e finanziari). Dall'analisi dei dati e dal confronto tra le diverse realtà aziendali e regionali, possono così emergere eventuali aree di

⁵ Al primo intervento del 1992 modificato con il D.Lgs. n. 229/1999, sono seguiti: il D.M. 20 ottobre 1994, modificato dal D.M. 11 febbraio 2002; l'art. 1, comma 291, della Legge Finanziaria 2006; il Titolo II, del D.Lgs. del 23 giugno 2011, n. 118, attuativo della Legge 5 maggio 2009, n. 42; l'art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012; il D.M. 17 settembre 2012; il D.M. 1 marzo 2013; il Documento di aggiornamento 2015 al Piano nazionale anticorruzione; il D.M. 21 giugno 2016; l'art. 1, il D.L. di Bilancio 2017. Per una più approfondita ricostruzione, v. Ermeneia, *Ospedali e salute*, 2009, 2013 (pp. 64 ss.), 2016 (pp. 93 ss.), Roma, FrancoAngeli.

⁶ Distinta, ma parimenti rilevante, è la questione dei cc.dd. *big data*, vale a dire delle procedure per raccogliere, analizzare e mettere in relazione ampi volumi di informazioni relative ad un grande numero di utenti. La tematica, che soprattutto in sanità è collegata a quella della privacy, è di grande attualità in considerazione del possibile utilizzo a fini imprenditoriali e dell'ingente valore economico che tali dati possono così acquisire.

inefficienza e/o di inappropriatezza, ma anche *best practice* ed esperienze più performanti da valorizzare nel quadro di revisione dell'attuale organizzazione dell'offerta sanitaria⁷.

Parallelamente, l'accessibilità, la trasparenza e la veridicità dei dati e dei bilanci delle strutture sanitarie dovrebbe aiutare gli utenti (come pure altri portatori di interesse quali i contribuenti innanzitutto, ma anche i prestatori di servizi e lo stesso finanziatore pubblico) a valutare e a scegliere consapevolmente le diverse tipologie ospedaliere, il loro livello effettivo di efficienza e infine la possibilità di effettuare dei confronti tra ospedali diversi (pubblici e privati accreditati).

La normativa sull'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi e sui percorsi di certificabilità (P.A.C. – Percorso Attuativo della Certificabilità) nasce proprio con la finalità di dare risposta a queste diverse esigenze così da garantire certezza, omogeneità e qualità dei dati gestionali, economici, patrimoniali e finanziari delle strutture sanitarie pubbliche.

In particolare, l'art. 2 del D.M. 17 settembre 2012 (c.d. Decreto Certificabilità) prevede che gli enti del Servizio sanitario nazionale devono garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci (cfr. tavola 27). A loro volta, ai sensi dell'art. 2 del D.M. 1 marzo 2013, le singole regioni provvedono all'approvazione e alla verifica dell'attuazione dei P.A.C. secondo le modalità e le tempistiche previste dal Ministero della Salute. Parallelamente il Ministero ha fissato una tempistica per il compimento di una serie di adempimenti tecnici e la verifica dello stato di attuazione dei P.A.C. nelle diverse regioni (cfr. tavola 28).

Sulla base delle scadenze stabilite dal Ministero della Salute entro il 31 ottobre 2017, le Regioni hanno inviato la documentazione necessaria alla valutazione dello stato di attuazione dei P.A.C. Dal materiale pervenuto è risultata un'ampia disomogeneità tra le diverse realtà territoriali, anche a causa del fatto che, pur osservando il termine unico di scadenza per l'invio della documentazione (31 ottobre 2017), ciascuna di esse ha presentato la documentazione sullo stato di avanzamento lavori, in date differenti.

⁷ La necessità di sviluppare una *cultura del dato* anche in sanità è stata costantemente sottolineata anche dalla Corte dei Conti e dalla Corte Costituzionale. V. ad esempio sentenza C. Cost. n. 169 del 21 marzo 2017, in cui si afferma l'esigenza di far emergere i dati finanziari sulle risorse destinate all'attuazione dei Lea e su quelle invece addebitabili ad altri costi.

Tav. 27 – *Normativa nazionale in materia di redazione dei bilanci delle Aziende Ospedaliere e degli Ospedali in gestione diretta da parte delle Asl*

D.Lgs n. 502/1992, modificato dal D.Lgs n. 229/1999	Nuove norme dirette alle regioni, per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle Usl e delle Ao. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema con decreto interministeriale previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni.
D.M. 20 ottobre 1994, modificato dal D.M. 11 febbraio 2002	Schema di bilancio delle Usl e delle Ao.
Art. 1, comma 291, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Legge Finanziaria 2006)	Con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci degli enti del Ssn.
Titolo II, D.Lgs del 23 giugno 2011, n. 118, attuativo della Legge 5 maggio 2009, n. 42	Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario.
Art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012	In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.
D.M. 17 settembre 2012	Disposizione in materia di certificabilità dei bilanci degli enti del Ssn.
D.M. 1 marzo 2013	Definizione dei Percorsi attuativi della certificabilità.
Documento di aggiornamento 2015 al Piano nazionale anticorruzione	Riconoscimento della necessità del P.A.C. come fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.
D.M. 21 giugno 2016	Piani di cui all'art. 1, comma 528, della Legge 208/2015, per le Ao, le Aou, gli Ircs o gli altri enti pubblici e criteri per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi.
D.L. di Bilancio 2017	Al fine di migliorare le performance e di perseguire l'efficienza dei fattori produttivi e dell'allocazione delle risorse delle Ao, delle Aou, degli Ircs o degli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, all'art. 1, comma 524, lettera a), della Legge 208/2015, le parole: «pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro» sono sostituite dalle seguenti: «pari o superiore al 7 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro».

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tav. 28 – Tempistica per il compimento di adempimenti tecnici e verifica dello stato di attuazione del P.A.C. – Percorso Attuativo della Certificabilità nelle diverse Regioni

<i>2013</i>	Verifica trasmissione da parte delle regioni entro il 26 giugno 2013 di: - provvedimento formale di nomina del responsabile del coordinamento del P.A.C.; - provvedimento formale di adozione del P.A.C. contenente lo schema e la relazione periodica di accompagnamento. Verifica dei P.A.C., opportunamente adeguati alle raccomandazioni formulate dal Tavolo adempimenti e Comitato Lea per le Regioni in Piano di rientro e dal solo Tavolo Adempimenti per le Regioni non in Piano di rientro.
<i>2014</i>	Verifica del: - rispetto della tempistica di invio della relazione periodica successivamente alla prima seduta di monitoraggio dello stato di avanzamento del P.A.C.; - trasmissione dei P.A.C. opportunamente adeguati alle raccomandazioni formulate dal Tavolo adempimenti e Comitato Lea per le regioni in Piano di rientro e dal solo Tavolo adempimenti per le Regioni non in Piano di rientro.
<i>2015</i>	Verifica: - della trasmissione del percorso di adeguamento del P.A.C., qualora ancora non effettuato; - dell'invio, nel rispetto della tempistica prevista, della relazione periodica di monitoraggio dello stato di avanzamento del P.A.C.
<i>2016</i>	Verifica: - dell'invio, nel rispetto della tempistica prevista, della relazione periodica di monitoraggio dello stato di avanzamento del P.A.C.; - dell'invio da parte della Regione della documentazione riepilogativa della situazione regionale.
<i>2017</i>	Verifica dello stato di attuazione dei P.A.C. in base alla documentazione inviata da tutte le regioni entro il 31 ottobre 2017.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Da un'analisi complessiva (cfr. tavola 29) è risultato che alla data del 31 ottobre 2017 solo Umbria e Basilicata hanno rispettato tutte le scadenze previste e hanno portato a termine il P.A.C. – Percorso Attuativo della Certificabilità. Mentre altre Regioni sono ancora impegnate nella fase di attuazione del P.A.C. secondo le scadenze definite (ad es. Emilia-Romagna e Marche) ed altre ancora hanno riprogrammato o devono riprogrammare i tempi di attuazione del P.A.C. o ancora ridefinire le azioni di attuazione mediante un provvedimento formale necessario per ufficializzare le eventuali modifiche del P.A.C. stesso (ad es. Lombardia, Toscana, Veneto, Sicilia, Campania, Puglia).

Per quanto riguarda invece le Province Autonome e le Regioni a Statuto speciale, l'art. 3 del D.M. 1 marzo 2012 prevede l'adozione del P.A.C. – Percorso Attuativo della Certificabilità, ma compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti. Questi Enti non hanno quindi trasmesso al Ministero nessuna informazione sull'implementazione e sullo stato di avanzamento del P.A.C. Alcuni dati relativi a queste realtà locali possono tuttavia essere individuati ad esempio mediante la consultazione dei rispettivi siti istituzionali:

- nella Provincia Autonoma di Bolzano, con la Deliberazione n. 213 del 2016, la Giunta provinciale ha approvato il P.A.C. – Percorso Attuativo della Certificabilità, dell'Azienda sanitaria provinciale che dovrebbe concludersi entro il mese di giugno 2019, ha nominato il coordinatore provinciale e il coordinatore aziendale per la realizzazione del P.A.C. e ha istituito il Gruppo di progetto strategico;
- in Friuli Venezia Giulia, nel 2016 il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano è stato individuato come azienda pilota, atta ad introdurre interventi sui sistemi di programmazione e controllo dei processi amministrativo-contabili, tramite la realizzazione del P.A.C. – Percorso Attuativo della Certificabilità;
- in Sardegna, la deliberazione n. 29/8 del 2013 ha definito e approvato il P.A.C., modificandolo e integrandolo successivamente con le deliberazioni n. 50/21 del 2013 e n. 27/11 del 2014.

Dall'analisi dei dati inviati dalle regioni al Ministero della Salute alla data del 31 ottobre 2017, emerge dunque una forte disomogeneità tra i risultati raggiunti, non solo nel confronto tra le diverse Regioni, ma anche nel confronto tra i diversi enti appartenenti al medesimo ambito territoriale.

Un'analoga eterogeneità risulta, inoltre, se si prendono in considerazione le tipologie di criticità segnalate dalle Regioni nel motivare i ritardi nell'attuazione dei P.A.C. Si tratta in particolare di problematiche di tipo organizzativo, legate:

- alla carenza di risorse umane con competenze specifiche o con strumenti necessari al coordinamento;

Tav. 29 – Stato dell'arte dell'attuazione del P.A.C. – Percorso Attuativo della Certificabilità nelle diverse Regioni¹

Regione	Scadenza P.A.C.	Rimodulazioni P.A.C.	Provvedimento	Razionali delle rimodulazioni
REGIONI NON IN PIANO DI RIENTRO				
Piemonte	30/10/2017	Da effettuare su indicazione del Tavolo di verifica MEF		I Tavoli segnalano che dalla tabella inserita nella relazione risultano ancora azioni con scadenze superate non implementate in tutte le aziende a causa di criticità di tipo organizzativo
Lombardia	21/12/2019	Effettuata	D.G.R. n. X/7009 del 31/07/17	Riorganizzazione SSR L.R. 11 agosto 2015 n. 23
Veneto	20/10/2018	Effettuata	Decreto n. 71 del 15/06/2017	Riorganizzazione SSR L.R. 25 ottobre 2016 n. 19
Liguria	31/12/2017	Da effettuare		Riorganizzazione SSR L.R. 29 luglio 2016 n. 17
Emilia Romagna	30/09/2017	Non effettuata		Non necessaria perché alla data della rilevazione le scadenze sono rispettate
Toscana	30/06/2020	Effettuata	D.G.R. n. 719 del 19/07/2016	Riorganizzazione SSR L.R. 16 marzo 2015 n. 28 e L.R. 28 dicembre 2015 n. 84
Umbria	30/09/2017	Non effettuata		Non necessaria perché alla data della rilevazione le scadenze sono rispettate
Marche	31/10/2017	Effettuata	D.G.R. n. 1576 19/12/2016	Nomina nuovi Direttori Generali ed eventi sismici
Basilicata	31/12/2015	Non effettuata		Non necessaria perché alla data della rilevazione le scadenze sono rispettate

./.

(Segue) Tav. 29 – Stato dell'arte dell'attuazione del P.A.C. – Percorso Attuativo della Certificabilità nelle diverse Regioni¹

Regione	Scadenza P.A.C.	Rimodulazioni P.A.C.	Provvedimento	Razionali delle rimodulazioni
REGIONI IN PIANO DI RIENTRO				
Lazio	15/02/2018	Effettuata	D.C.A. n. 311 del 11/10/2016	Riorganizzazione SSR con L.R. 31 dicembre 2015, n. 17, avvio del progetto regionale di assistenza contabile finalizzata alla attuazione del P.A.C. (Progetto SAN-PAC)
Abruzzo	01/11/2017	Da effettuare		Indicazione in merito alla riprogrammazione da parte dei Tavoli tecnici MEF a causa del ritardo nella implementazione delle azioni
Molise	30/09/2017	Da effettuare		Indicazione dei Tavoli di verifica MEF
Campania	31/12/2017	Da effettuare		Indicazione in merito alla riprogrammazione da parte dei Tavoli tecnici MEF a causa del ritardo nella implementazione delle azioni
Puglia	11/11/2017	Da effettuare		Comunicata intenzione di prorogare il P.A.C. al 31/12/2019 con prot. 25 del 23/10/17
Calabria	11/11/2017	Da effettuare, anche su indicazione dei tavoli di verifica del MEF		Il Tavolo e Comitato raccomandano di valutare la necessità di riprogrammare le scadenze
Sicilia	30/10/2017	Effettuata e da effettuare	D.A. 1559 del 05/09/2016	Richiesta rimodulazione di ulteriori 18 mesi rispetto alla scadenza del 30/10/17 con prot. 45 del 13/10/17

(1) Dati presentati dal Ministero della Salute in occasione del Laboratorio di *Benchmarking* tra sistemi sanitari regionali – Franco Tommasoni – VII edizione – Perugia, 9 novembre 2017.

(2) Situazione presentata dal Ministero della Salute in occasione del Laboratorio di *benchmarking* tra sistemi sanitari regionali – Franco Tommasoni, VII Ed., Perugia 9 novembre 2017.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

- o ancora alla necessità di formalizzare ogni passaggio attuativo con un provvedimento regionale o della dirigenza aziendale.

In questo contesto, è necessario tenere conto del fatto che in un medesimo ambito regionale, gli eventuali ritardi anche di un'unica azienda nel percorso di certificabilità, comportano l'incompletezza del P.A.C. dell'intera Regione cui l'azienda stessa afferisce.

In altri casi, ad esempio nella Regione Lombardia e nella Regione Veneto, *l'iter* di adeguamento alla normativa nazionale in materia di trasparenza e certificabilità dei bilanci, si è intersecato con quello di riforme del Servizio Sanitario Regionale, con la conseguente necessità di adeguamento ai nuovi modelli di governance regionali.

In relazione alle Regioni che hanno correttamente osservato i termini e le modalità stabilite a livello ministeriale, invece, si può osservare che un ruolo fondamentale è stato svolto proprio dall'organo centrale di governo nell'indirizzare e nel coordinare le singole aziende.

Parte seconda

*L'andamento delle opinioni di utenti e cittadini
nell'analisi congiunturale 2017*

1. Un accesso ai ricoveri maggiormente selettivo e attento rispetto alle prestazioni ricevute

1.1. Più analisi e accertamenti e meno ricoveri

Secondo i dati dell'indagine 2017, predisposta appositamente per il presente Rapporto, i cittadini italiani adulti che hanno varcato negli ultimi dodici mesi le soglie di un ospedale per utilizzarne i servizi rappresentano il 36,3% del totale (naturalmente non solo per i ricoveri ma anche per le analisi, per le visite specialistiche, per gli accertamenti diagnostici e per altro). E questo è avvenuto sotto la spinta di malattie e/o di interventi di tipo grave (nel 5,0% dei casi) o per malattie e/o interventi di tipo leggero (nel 31,3% dei casi) (tab. 1).

Pur tenendo conto di possibili oscillazioni delle risposte (e del campione) sembra confermata la tendenza all'aumento degli accessi alle strutture ospedaliere come si vede dall'andamento negli anni dei dati contenuti nella tabella richiamata (e specialmente negli ultimi due). Evidentemente l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'influenza della crisi economica sullo stato di salute e il parallelo processo "deflazionistico" nell'offerta dei servizi, richiamato lo scorso anno, tendono a produrre un effetto di accumulo che "si scarica" sulla domanda, specie negli ultimi 24 mesi.

Nell'insieme si è davanti ad un flusso di 16 milioni di persone adulte che nei dodici mesi precedenti rispetto all'indagine si sono rivolte alle strutture ospedaliere per una o più prestazioni, all'insegna di minori ricoveri ma di un numero maggiore di accessi per analisi, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni in day hospital.

E questo emerge chiaramente dai dati presenti nella tabella 2 la quale permette di verificare l'esistenza di tre ordini di fenomeni, di cui:

- il primo è quello del permanere di una concentrazione sul fronte delle analisi, delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici (58,3%, 54,2% e 46,4%, rispettivamente nel 2017), con una logica tendenzialmente coincidente con quella degli anni passati;

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

Risposta	2017 ¹	2016 ¹	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
<i>Ricorso diretto degli intervistati</i>											
- Si, per malattia/intervento grave	5,0	3,7	4,5	3,4	4,3	3,3	4,6	4,2	5,9	3,9	4,0
- Si, per malattia/intervento leggero	31,3	28,1	20,0	19,3	21,1	21,5	24,9	19,6	22,2	20,7	21,6
- No	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
v.a.	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, 2017

- il secondo è quello di una crescita tendenziale nel tempo della componente prestazioni non di ricovero in senso stretto o al massimo di ricovero breve per malattie leggere, mentre diminuisce il ricovero per interventi chirurgici e per cure vere e proprie (come peraltro conferma l'andamento dei dati oggettivi ormai declinanti da tempo);
- il terzo è quello di un intensificarsi degli accessi al Pronto Soccorso anche come forma impropria di ricorso alle strutture ospedaliere, come viene ulteriormente illustrato più avanti dalle risposte ottenute dagli intervistati e sintetizzate dai dati della successiva tabella 13.

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

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

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

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

In ogni caso è proprio negli ultimi due anni – come si è ricordato – che tende a crescere il numero medio di prestazioni (e non certo in termini di ricovero), le quali passano nel loro insieme da 2,3 in media a persona nel 2015 a 2,4 nel 2016 e nel 2017.

Le differenze in tema di motivazioni che stanno alla base del ricorso alle strutture ospedaliere, connesse con le diverse componenti del campione, mettono in evidenza che:

- a) le persone che utilizzano di più, rispetto alla media complessiva del campione, i servizi ospedalieri risultano essere le donne rispetto agli uomini,

i soggetti più avanti nell'età, quelli residenti preferibilmente nel Nord-Ovest rispetto al resto del Paese nonché gli intervistati dei Comuni più piccoli rispetto a quelli di maggiori dimensioni, nei quali l'ospedale rappresenta il punto di riferimento prioritario per la salute (cfr. *Tabella A1 dell'Allegato statistico*);

- b) e ancora sono le persone socialmente meno dotate ad avvalersi delle prestazioni ospedaliere per malattie/interventi gravi, mentre è la componente socialmente più solida ad accedere alle strutture ospedaliere preferibilmente per malattie/interventi di tipo leggero (cfr. *Tabella B1 dell'Allegato statistico*);
- c) ed infine sono gli intervistati con un livello di conoscenza più elevato circa le opportunità di ricovero e di cura (non solo presso ospedali pubblici, ma anche privati, non solo regionali ma anche extraregionali, non solo collocati in Italia ma anche all'estero) a risultare più propensi a fare ricorso alle strutture ospedaliere (cfr. *Tabella C1 dell'Allegato statistico*).

Quanto alle diverse tipologie di prestazioni di cui hanno usufruito gli intervistati negli ultimi dodici mesi, tenendo conto dei diversi comportamenti adottati dai sottocampioni e delle prime tre prestazioni maggiormente utilizzate, emerge che le percentuali più elevate rispetto alla media complessiva fanno capo soprattutto:

- alle persone più anziane rispetto alle altre, a quelle residenti nel Nord-Est e nel Centro rispetto al resto del Paese e soprattutto a quelle che vivono nei centri minori, dove ancora una volta l'ospedale diventa il punto di riferimento più importante dal punto di vista della salute (cfr. *Tabella A2 dell'Allegato statistico*);
- ma anche agli intervistati che presentano un livello socioeconomico di tipo medio e/o medio-alto (e come tali sono meglio in grado di farsi prescrivere dal proprio medico di base le prestazioni ritenute necessarie), ai soggetti che hanno utilizzato ospedali privati accreditati o cliniche private e a coloro che risultano maggiormente soddisfatti rispetto alla media del campione (cfr. *Tabella B2 dell'Allegato statistico*).

Quanto alle strutture ospedaliere utilizzate l'ultima volta la tabella 3 fornisce il quadro sintetico delle risposte, poste a confronto anche con gli anni precedenti (al netto degli eventuali doppi ricorsi).

Come si può vedere:

- le persone si sono rivolte agli ospedali pubblici nel 75,7% dei casi nel 2017, ritornando più o meno ai livelli degli anni 2010-2013;
- mentre presso gli ospedali privati accreditati si sono ricoverati il 13,6% delle persone coinvolte nell'indagine, con una lieve contrazione rispetto agli anni precedenti;

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

Risposte	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
- Ospedale pubblico	75,7	70,0	70,7	77,0	74,4	75,1	77,6	74,1
- Ospedale privato accreditato	13,6	18,5	18,9	16,6	18,0	17,9	16,8	18,3
- Clinica privata	8,5	10,3	8,4	4,2	5,3	4,1	4,3	4,8
- Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	1,4	1,0	1,3	1,7	1,8	2,0	1,0	2,1
- Non ricordo	0,8	0,3	0,8	0,5	0,6	0,9	0,2	0,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Al netto degli eventuali doppi ricorsi.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

- ed infine l'8,5% degli intervistati si è rivolto ad una clinica privata, sempre nel 2017, con un lieve incremento negli ultimi due anni considerati. Le differenze di comportamento dei vari sottocampioni mostrano come:
- gli ospedali pubblici siano stati scelti maggiormente dalle donne, dalle persone più anziane, nonché da quelle residenti nel Centro Italia e nei Comuni più piccoli; viceversa gli ospedali privati accreditati e le cliniche private hanno attirato di più gli uomini, gli intervistati più giovani (tra i 18 e i 34 anni), i residenti nel Nord Italia e nei centri di maggiore dimensione (cfr. *Tabella A1 dell'Allegato statistico*);
- e ancora le strutture pubbliche “richiamano” più facilmente le persone socialmente più deboli (per livello di istruzione e per livello socioeconomico), ma anche quelle che hanno dovuto affrontare malattie e/o interventi di tipo serio come pure gli intervistati che risultano essere meno informati sulle possibilità alternative di ricovero presso gli ospedali privati accreditati (cfr. *Tabelle B3 e C3 dell'Allegato statistico*).

1.2. Un livello di soddisfazione sempre consistente, ma con un aumento dei giudizi di tipo mediano

Nella tabella 4 vengono indicati i livelli di soddisfazione/insoddisfazione per le prestazioni ospedaliere ricevute da parte degli intervistati che hanno fatto ricorso rispettivamente ad un ospedale pubblico, ad un ospedale privato accreditato o ad una clinica privata.

Per facilitare la lettura dell'andamento nel tempo di tali giudizi si è predisposto lo schema sintetico (biennale) che segue, a partire da prima della crisi (2007) sino ad oggi (2017).

Tipologie	2017		2015		2013		2011		2009		2007	
	Soddisf. ¹	Insoddisf. ²	Soddisf. ¹	Insoddisf. ²	Soddisf. ¹	Insoddisf. ²	Soddisf. ¹	Insoddisf. ²	Soddisf. ¹	Insoddisf. ²	Soddisf. ¹	Insoddisf. ²
Osp. pubblici	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. priv. accred.	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	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

Quello che si può rilevare nel corso degli anni sono i fenomeni seguenti:

- innanzitutto il permanere di un elevato giudizio complessivo di soddisfazione (“molto + abbastanza soddisfatto”) ben più elevato rispetto a quello

dell'insoddisfazione (“poco + per niente soddisfatto”): e questo vale indistintamente per tutte e tre le tipologie di strutture considerate (85,9% per quelle pubbliche, 96,2% per quelle private accreditate e 92,1% per le cliniche private, nell'anno 2017), confermando con ciò che chi utilizza effettivamente gli ospedali, al di là delle eventuali difficoltà di accedervi, finisce con l'esprimere un giudizio significativamente positivo¹;

- b) il livello di soddisfazione espresso dagli intervistati nel corso degli anni nei confronti degli ospedali privati accreditati risulta essere stabilmente il più elevato sia rispetto alle strutture pubbliche che rispetto alle cliniche private (ma anche queste ultime ricevono valutazioni più positive rispetto al pubblico nel 2009, nel 2011, nel 2015 e nel 2017);
- c) quanto all'andamento dei giudizi nel tempo è il caso di rilevare come:
 - per gli ospedali pubblici la valutazione di soddisfazione fosse dell'89,1% nel 2007 e diminuisca all'85,9% nel 2017, con un décalage che si fa più evidente negli anni 2013 e 2015, in concomitanza con la “stretta” dell'offerta pubblica di servizi più volte ricordata;
 - per gli ospedali accreditati la soddisfazione espressa dagli intervistati fosse pari al 91,1% nel 2007 e tocchi il 96,2% nel 2017, con una lievitazione positiva fino al 2011, una contrazione nel 2013 e nel 2015 e quindi una risalita nel 2017;
 - per le cliniche private i giudizi positivi fossero dell'84,5% nel 2007 e si posizionino al 92,1% nel 2017, con un'oscillazione interna negli anni intermedi indicati (si tenga presente peraltro che i valori assoluti delle risposte risultano più contenuti rispetto agli ospedali pubblici e agli ospedali privati accreditati e quindi tale oscillazione è ancora più comprensibile);
- d) infine i giudizi di insoddisfazione (“Poco + Per nulla soddisfatti”) risultino:
 - tendenzialmente in crescita per gli ospedali pubblici: dal 10,5% del 2007 al 13,9% del 2017;

¹ Il livello di soddisfazione elevato verrebbe confermato anche dall'indagine Istat “Aspetti della vita quotidiana” che, con riferimento all'anno 2015, fornisce il giudizio delle persone con almeno 1 ricovero nei tre mesi precedenti l'intervista:

	2013		2015	
	<i>Molto soddisf.</i>	<i>Molto + Abb. soddisf.</i>	<i>Molto soddisf.</i>	<i>Molto + Abb. soddisf.</i>
– Assistenza medica	41,3	90,8	39,3	90,4
– Altra assistenza	41,4	89,5	40,2	89,1

Si noti la diminuzione dei giudizi di soddisfazione nei due anni considerati.

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

Risposte	Ospedale pubblico					
	2017	2015	2013	2011	2009	2007
- Molto soddisfatto	19,7	23,0	24,3	29,0	22,7	23,5
- Abbastanza soddisfatto	66,2	59,6	60,4	58,8	64,8	65,6
- Poco soddisfatto	9,0	13,2	11,2	9,3	9,3	8,5
- Per niente soddisfatto	4,9	3,9	3,3	1,7	2,5	2,0
- Non saprebbe esprimere un giudizio	0,2	0,3	0,8	1,2	0,7	0,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.108	800	825	989	913	873
Risposte	Ospedale privato (casa di cura accreditata)					
	2017	2015	2013	2011	2009	2007
- Molto soddisfatto	26,4	34,0	37,6	50,7	30,7	37,3
- Abbastanza soddisfatto	69,8	54,7	53,7	44,6	62,2	53,8
- Poco soddisfatto	3,5	7,5	7,7	3,2	6,1	4,9
- Per niente soddisfatto	-	3,1	0,8	1,2	0,8	4,0
- Non saprebbe esprimere un giudizio	0,3	0,7	0,2	0,3	0,2	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	198	214	199	214	209	209
Risposte	Clinica privata					
	2017	2015	2013	2011	2009	2007
- Molto soddisfatto	37,3	38,2	24,9	46,7	30,5	30,3
- Abbastanza soddisfatto	54,8	52,3	57,4	49,9	62,3	54,2
- Poco soddisfatto	3,0	7,3	12,9	1,8	2,9	12,2
- Per niente soddisfatto	4,7	1,9	4,8	1,6	1,6	1,2
- Non saprebbe esprimere un giudizio	0,2	0,3	-	-	2,7	2,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	124	94	58	55	102	53

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

- tendenzialmente in diminuzione per gli ospedali privati accreditati: dall'8,9% nel 2007 al 3,5% nel 2017 (con più di un'oscillazione negli anni intermedi);
- e tendenzialmente in diminuzione per quanto riguarda le cliniche private: dal 13,4% del 2007 al 7,7% del 2017 (anche in tal caso con più di un'oscillazione intermedia).

Le differenze di valutazioni positive, con riferimento specificamente ai giudizi “molto soddisfatto” superiori alla media del campione, per l'anno 2017, vengono fornite dalle *Tabelle A4, B4 e C4 dell'Allegato statistico*.

1.3. Una propensione prevalente (anche se critica) ad utilizzare la stessa struttura ospedaliera cui ci si è rivolti l'ultima volta

L'andamento dei dati nel corso delle diverse analisi congiunturali mette in evidenza (tab. 5):

- a) innanzitutto un orientamento prevalente a scegliere sin dall'inizio la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti in precedenza: questo vale soprattutto per gli ospedali pubblici, il cui “indice di fedeltà” risulta il più elevato (70,2% nel 2017 contro il 59,4% per le strutture private accreditate e il 46,3% per quelle private a pagamento);
- b) ma anche un cambiamento di atteggiamento in direzione di una minore “fedeltà”: la propensione infatti era più elevata fino al 2012 per tutte e tre le tipologie di ospedali, mentre tende a ridursi nel biennio 2013-2014, per poi riaumentare nel 2016-2017;
- c) e infine una crescita nel tempo della spinta a prendere in considerazione le varie possibilità esistenti, che evolve dal 2007 al 2017, passando:
 - dal 24,5% al 29,8%, per gli ospedali pubblici;
 - dal 35,7% al 40,6%, per gli ospedali privati accreditati;
 - e dal 49,2% al 53,7%, per le cliniche private.

L'allargamento della quota di utilizzatori “consapevoli” subisce peraltro delle oscillazioni nel corso degli anni, ma il loro incremento sta ad indicare non solo una maggiore conoscenza delle opportunità esistenti, bensì anche la necessità di trovare alternative nel privato (accreditato e non) a fronte della riduzione e/o del peggioramento dei servizi ospedalieri pubblici. E va da sé che aver utilizzato altre strutture rispetto a queste ultime induce comportamenti di scelta preventiva via via più elevati nel tempo.

Se si prendono in considerazione le opinioni dei vari sottocampioni si può vedere come la propensione a scegliere in base alle varie possibilità esistenti piuttosto che affidarsi alla struttura ospedaliera già utilizzata l'ultima volta costituisce una caratteristica soprattutto:

- delle persone relativamente più giovani e in particolare dei 35-54enni, di quelle che si trovano all'interno di nuclei familiari numerosi, nonché di coloro che risultano residenti nel Centro-Sud e in centri di media dimensione (cfr. *Tabella A5 dell'Allegato statistico*);
- ma anche degli intervistati che sono in possesso di un buon titolo di studio e di un buon posizionamento sociale (cfr. *Tabella B5 dell'Allegato statistico*);
- ed infine anche dei soggetti che ovviamente sono a conoscenza delle alternative pubblico/privato o di quelle ospedali regionali/ospedali extra regionali e che di conseguenza hanno utilizzato strutture private accreditate o cliniche private (cfr. *Tabella C5 dell'Allegato statistico*).

Se la decisione di utilizzare i servizi di una specifica struttura ospedaliera senza considerare inizialmente le diverse alternative possibili (tab. 5) ha interessato nel 2017 il 70,2% degli intervistati che hanno avuto accesso al pubblico, il 59,4% di coloro che si sono rivolti al privato accreditato e il 46,3% dei pazienti che hanno scelto una clinica privata, l'“indice di fedeltà” teorico aumenta ancora qualora si tratti di una propensione per il futuro (tab. 6). In tal caso infatti, al netto degli intervistati che non esprimono alcun orientamento², tale indice diventa ancora più consistente, toccando nel 2017 il 94,8% per gli ospedali pubblici, il 97,8% per gli ospedali privati accreditati e l'88,4% per le cliniche private.

L'andamento nel tempo di tale propensione risulta più elevato per quanto riguarda le strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche a partire dal 2014, probabilmente anche a seguito della ricerca di alternative rispetto agli ospedali pubblici: per attese troppo lunghe e/o per servizi ritenuti non sufficientemente di qualità. Mentre la propensione ad utilizzare le cliniche private resta quasi sempre inferiore sia rispetto agli ospedali pubblici che a quelli privati accreditati.

Utilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta tende a crescere, rispetto alla media del campione, soprattutto:

- per gli uomini rispetto alle donne (salvo il caso delle strutture private accreditate dove avviene l'inverso), per gli intervistati di età più matura, per le persone residenti nel Nord o nel Centro del Paese e per coloro che vivono in Comuni di grandi dimensioni (per chi sceglierebbe ospedali pubblici) e nei centri più piccoli (per chi sceglierebbe ospedali privati accreditati o cliniche private), come evidenzia la *Tabella A6 dell'Allegato statistico*;

² Si tratta del 15,2% di coloro che hanno utilizzato l'ultima volta un ospedale pubblico, il 13,2% di quelli che hanno utilizzato un ospedale privato accreditato e il 21,0% degli intervistati che si sono rivolti ad una clinica privata.

- ma anche per target tendenzialmente diversi tra loro, che, per ragioni presumibilmente opposte, sceglierebbero la stessa struttura ospedaliera dell'ultima volta: essi infatti possono presentare un livello di istruzione modesto oppure, all'opposto, un livello socioeconomico alto e/o medio-alto; fermo restando che la piena soddisfazione rispetto all'esperienza maturata l'ultima volta spinge gli intervistati a confermare la scelta della struttura a cui ci si è già rivolti (cfr. *Tabella B6 dell'Allegato statistico*).

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

Risposte	Nell'ospedale pubblico										
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	29,8	33,1	38,4	24,7	28,0	19,4	19,8	19,7	21,2	20,2	24,5
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	70,2	66,9	61,6	75,3	72,0	80,6	80,2	80,3	78,8	79,8	75,5
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.	1.108	1.028	800	749	825	803	989	776	913	816	873
Risposte	Nell'ospedale privato (casa di cura accreditata)										
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	40,6	47,5	58,1	38,5	45,8	36,5	40,4	30,4	36,0	31,0	35,7
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	59,4	52,5	41,9	61,5	54,2	63,5	59,6	69,6	64,0	69,0	64,3
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.	198	271	214	162	199	190	214	191	209	168	209
Risposte	Nella clinica privata										
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	53,7	64,2	72,8	47,5	47,7	24,5	53,8	46,1	46,5	37,4	49,2
- Ho deciso subito di recarmi presso quella specifica struttura	46,3	35,8	27,2	52,5	52,3	75,5	46,2	53,9	53,5	62,6	50,8
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.	124	152	94	41	58	44	55	50	102	33	53

Fonte: indagine Ermenegita – Studi & Strategie di Sistema, 2017

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

	2017			2016			2015		
	Ospedale pubblico	Ospedale privato (casa di cura accreditata)	Clinica privata	Ospedale pubblico	Ospedale privato (casa di cura accreditata)	Clinica privata	Ospedale pubblico	Ospedale privato (casa di cura accreditata)	Clinica privata
- Sì	94,8	97,8	88,4	90,3	93,1	91,5	93,3	92,2	91,2
- No	5,2	2,2	11,6	9,7	6,9	8,5	6,7	7,8	8,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	940	172	98	854	236	127	683	196	75

	2014			2013			2012		
	Ospedale pubblico	Ospedale privato (casa di cura accreditata)	Clinica privata	Ospedale pubblico	Ospedale privato (casa di cura accreditata)	Clinica privata	Ospedale pubblico	Ospedale privato (casa di cura accreditata)	Clinica privata
- Sì	94,3	95,1	82,5	92,4	89,9	82,6	94,6	85,4	85,0
- No	5,7	4,9	17,5	7,6	10,1	17,4	5,4	14,6	15,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	648	139	28	719	160	47	653	157	37

(*) Al netto delle mancate risposte che nel 2017 il 15,2% per chi ha utilizzato l'ultima volta un ospedale pubblico, il 17,2% per chi si è rivolto ad un ospedale privato accreditato e il 21,0% per coloro che hanno avuto accesso a una clinica privata.

Fonte: indagine *Ermeneia* – Studi & Strategie di Sistema, 2017

2. Una maggiore ricerca di alternative di ricovero, ma con un giudizio sempre positivo sul sistema ospedaliero misto pubblico/privato da parte dei cittadini

2.1. Un recupero di conoscenza delle possibilità di scelta pubblico/privato e Regione/fuori Regione

Porsi il problema di quale ospedale scegliere significa innanzitutto conoscere l'esistenza dell'opportunità di accedere alle strutture private accreditate (senza oneri per il paziente) come pure di accedere agli ospedali presenti al di fuori della propria Regione di appartenenza.

Per quanto riguarda il primo tipo di alternativa la tabella 7 mette in evidenza:

- una netta diminuzione, dal 2003 al 2017, di coloro che dichiarano di non esserne a conoscenza: si scende infatti da più del 30% degli anni 2003-2004 al 25,3% del 2008, al 20,1% del 2013 e infine al 16,0% del 2017;
- per converso, una crescita consistente, sempre dal 2003 al 2017, del numero delle persone che dichiarano di conoscere con chiarezza tale opportunità: esse infatti passano dal 27,9% al 39,3% (con inevitabili oscillazioni del campione nel corso del tempo);
- anche un lieve incremento dei soggetti che ritengono di avere solo un'idea vaga dell'alternativa qui richiamata (dal 40,5% al 44,7% nel periodo considerato).

Dunque il processo di evoluzione della conoscenza circa le possibilità di accesso al privato accreditato evolve nel tempo sia pure con una certa lentezza. E nel 2017 la consapevolezza di tale possibilità risulta essere più elevata rispetto alla media del campione:

- negli intervistati di età intermedia (35-54 anni), nella quale si devono prendere decisioni importanti dal punto di vista personale e della propria famiglia ristretta e allargata, nonché nelle persone residenti nel Nord rispetto al resto del Paese (cfr. *Tabella A7 dell'Allegato statistico*);

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

Risposta	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
- Sì, con chiarezza	39,3	37,4	41,1	40,2	39,3	36,8	42,0	39,2
- Sì, ne ho un'idea vaga	44,7	42,8	39,9	36,8	40,6	42,2	36,5	37,9
- No	16,0	19,8	19,0	23,0	20,1	21,0	21,5	22,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070	4.110

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

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

- ma anche nei soggetti che presentano un livello di istruzione e di posizionamento sociale medio-alto o alto e – a maggior ragione – in coloro che hanno effettivamente utilizzato l’ultima volta una struttura privata accreditata oppure una clinica privata, ricavandone un giudizio di soddisfazione altrettanto elevato (cfr. *Tabella B7 dell’Allegato statistico*);
- e infine nelle persone che sono consapevoli anche della possibilità di curarsi in strutture ospedaliere al di fuori della propria Regione di residenza e al di fuori dell’Italia (cfr. *Tabella C7 dell’Allegato statistico*).

Per quanto riguarda il secondo tipo di alternativa (quello del possibile ricorso a strutture ospedaliere operanti in altre Regioni italiane rispetto alla propria) si evidenziano delle convergenze e delle differenze rispetto a quanto emerso nel caso precedente. Per essere più precisi si assiste (tab. 8):

- ad un aumento della quota di intervistati che dichiarano di essere perfettamente a conoscenza dell’opportunità in esame: si passa infatti dal 24,2% del 2006 al 30,8% del 2017, con una crescita più o meno costante nel tempo ma con un’incidenza che rimane più bassa rispetto all’opzione pubblico/privato di cui alla precedente tabella 7;
- ad una conoscenza vaga di tale opzione (“mi pare di ricordare che ci sia questa possibilità”) la quale resta sostanzialmente immutata nel tempo salvo qualche oscillazione al ribasso nel periodo che va dal 2006 al 2017: ma in ogni caso si comincia col 43,0% del 2006 per finire al 44,7% del 2017;
- e infine ad una doppia tendenza per quanto riguarda coloro che dichiarano di non conoscere l’opzione qui esaminata, almeno sino ad oggi: tale posizione riguardava il 32,8% degli intervistati nel 2006, che però scende gradualmente sino al 22,2% del 2011, per poi risalire fino al 24,5% del 2017 (si consideri che l’argomento si pone – o si impone – nel momento in cui le persone assumono responsabilità di capofamiglia e ancora di più di *care-giver* in ambito familiare e questo avviene tipicamente tra i 35 e i 54 anni).

Le differenze di conoscenza dell’opportunità di ricorrere ad ospedali della propria Regione o di altre Regioni, tenuto conto di quanto espresso dai diversi sottocampioni, si fanno più evidenti soprattutto:

- negli intervistati maschi piuttosto che femmine, in quelli di età più matura a cui fanno capo esigenze e responsabilità di cura per se stessi o per i familiari come si è appena ricordato (e come conferma la maggiore sensibilità di chi svolge il ruolo di capofamiglia rispetto al partner), nei residenti nel Nord-Ovest, da un lato e nel Mezzogiorno, dall’altro ed infine nelle persone che vivono in Comuni di dimensioni intermedie (cfr. *Tabella A8 dell’Allegato statistico*);

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

Risposta	2017	2016	2015	2014	2013	2012
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	30,8	32,7	36,9	36,7	35,2	32,5
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	44,7	41,2	38,5	39,1	41,0	44,3
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	24,5	26,1	24,6	24,2	23,8	23,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070

Risposta	2011	2010	2009	2008	2007	2006
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	39,0	35,4	31,9	28,3	28,4	24,2
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	38,8	38,9	41,5	43,6	41,8	43,0
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	22,2	25,7	26,6	28,1	29,8	32,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.070	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

- ma anche – come è logico – nelle persone che si trovano a possedere un buon livello di istruzione e una buona posizione sociale rispetto alle altre, in coloro che hanno avuto esperienze di malattie/interventi gravi piuttosto che leggeri, oltre che nei soggetti che già hanno esercitato l’opzione ospedale privato (accreditato o a pagamento) rispetto a quello pubblico e che dichiarano la loro soddisfazione in proposito (cfr. *Tabella B8 dell’Allegato statistico*);
- ed infine negli intervistati che presentano anche una piena consapevolezza circa l’opportunità di poter scegliere le strutture pubbliche oppure quelle private, quelle presenti in Italia o quelle presenti all’estero o ancora che conoscono l’alternativa Regione/extra Regione (cfr. *Tabella C8 dell’Allegato statistico*).

2.2. Una propensione più pronunciata a sperimentare strutture ospedaliere extra Regione e/o fuori dell’Italia da parte di chi già ha avuto accesso a strutture private accreditate o a cliniche private

Si ricorda che la propensione (teorica) ad utilizzare le diverse tipologie di ospedali “per serie ragioni di salute” porterebbe alle scelte illustrate nella tabella 9 e cioè ad un 71,6% di intervistati che preferirebbe ricorrere ad un ospedale pubblico, ad un 25,4% che si orienterebbe verso un ospedale privato accreditato e ad un 3,0% che opterebbe per una clinica privata.

Ma cosa succederebbe, in parallelo, rispetto alla disponibilità a ricoverarsi sempre “per serie ragioni di salute” anche al di fuori del proprio Comune di residenza?

Nella tabella 9A viene indicata la distribuzione delle risposte medie da parte degli intervistati sia che abbiano utilizzato ospedali pubblici, ospedali privati accreditati o cliniche private (al netto delle mancate risposte). I risultati evidenzerebbero:

- una netta preferenza per strutture presenti nel proprio Comune di residenza (45,9% nel 2017), con una tendenza alla crescita di tale percentuale tra il 2013 ed oggi;
- un orientamento tendenzialmente decrescente rispetto alla limitazione provinciale di tale scelta, visto che si scenderebbe dal 39,9% per questa opzione nel 2013 al 37,3% nel 2017;
- ma in compenso una crescita di opzioni per quanto riguarda il fuori Provincia, ma con una permanenza nell’ambito regionale (tale opzione passa dal 9,4% del 2013 al 10,7% del 2017) a cui si affiancherebbe un’“esplorazione” del fuori Regione che, dopo una lenta crescita tra il 2013 e il

2015 (dal 6,0% al 6,8%), tende ad attestarsi attorno al 5,4%-5,7%, rispettivamente nel 2016 e nel 2017;

- infine una propensione a recarsi in strutture di cura fuori dall'Italia, che interessa una quota ovviamente limitata delle persone che si attesta in media sotto l'1% nei vari anni.

Tab. 9 – Propensione ad utilizzare ospedali pubblici, ospedali privati accreditati o cliniche private (val. %)

<i>Risposta</i>	<i>%</i>
– Ospedali pubblici	71,6
– Ospedali privati accreditati	25,4
– Cliniche private	3,0
Totale	100,0
v.a.	4.020

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

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

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

(*) Al netto delle mancate risposte pari all'8,1% nel 2013, all'8,2% nel 2014, al 10,3% nel 2015, al 13,1% nel 2016 e al 16,9% nel 2017.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Se dalla media delle opzioni, rispetto alla disponibilità di ricoverarsi “per serie ragioni di salute” anche al di fuori del proprio Comune di residenza, si passa ad un'opzione ulteriore e cioè se si tiene conto delle alternative tra pubblico, privato accreditato e clinica privata, la relativa distribuzione di risposte è quella contenuta nella successiva tabella 9B.

Come si può vedere appare che:

- mentre l'orientamento verso le strutture pubbliche situate nel proprio Comune e/o nella propria Provincia tende ad essere maggioritario (49,9% e 37,9%, rispettivamente nel 2017),
- tale orientamento tende a riequilibrarsi tra ospedali prossimi e ospedali più lontani, nel caso si consideri l'opzione in favore degli ospedali privati accreditati: in tal caso diminuiscono infatti le propensioni per il proprio Comune e per la propria Provincia (34,0% e 37,8%), mentre aumentano

quelle di tipo extraprovinciale (16,3%) ed extraregionale (10,6%), a cui si aggiungono quelle extranazionali (e l'orientamento verso una scelta più ampia ed allargata tende a crescere tra il 2015 e il 2017);

- ed infine esiste, nel corso dei tre anni considerati, una netta spinta in favore della scelta extraprovinciale, extraregionale ed extra Italia soprattutto da parte degli intervistati che preferisco le strutture private.

*Tab. 9B – Disponibilità a ricoverarsi per serie ragioni di salute anche al di fuori del Comune di residenza, a seconda della tipologia di ospedale prescelto nel 2015, nel 2016 e nel 2017 (val. %)**

<i>Risposta</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>
<i>Ospedali pubblici</i>			
– Nel mio Comune	49,9	47,1	43,8
– Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	37,9	41,7	43,6
– Fuori della mia Provincia ma in Regione	8,8	7,2	7,8
– Fuori della Regione ma in Italia	3,4	3,6	4,4
– Fuori Italia	0,0	0,4	0,4
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.545	2.566	2.503
<i>Ospedali privati accreditati</i>			
– Nel mio Comune	34,0	41,3	35,4
– Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	37,8	33,1	36,6
– Fuori della mia Provincia ma in Regione	16,3	14,7	15,5
– Fuori della Regione ma in Italia	10,6	10,3	11,7
– Fuori Italia	1,3	0,6	0,8
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	798	843	959
<i>Cliniche private</i>			
– Nel mio Comune	39,6	34,9	30,8
– Fuori del mio Comune ma nella mia Provincia	16,4	20,1	11,6
– Fuori della mia Provincia ma in Regione	15,8	30,3	34,7
– Fuori della Regione ma in Italia	23,8	10,9	14,2
– Fuori Italia	4,4	3,8	8,7
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	96	86	145

(*) Al netto delle mancate risposte che nel 2017 sono l'11,5% per l'ospedale pubblico, il 22,0% per l'ospedale privato accreditato e il 20,7% per la clinica privata.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Un'ulteriore conferma o meno della spinta a scegliere, di fronte a serie ragioni di salute e alla non disponibilità nel proprio Comune della struttura verso cui ci si recherebbe in prima istanza, viene fornita dalla tabella 10, da cui si ricava che:

- a) ricercare la struttura ritenuta più adatta, indipendentemente dal fatto che essa si trovi “sotto casa” costituisce una posizione che viene ribadita dal

59,0% degli intervistati nel 2017, con un incremento rispetto al 54,9% dell'ormai lontano 2004 (non senza qualche propensione ancora più pronunciata nel periodo 2013-2015);

- b) cambiare invece il tipo di struttura ospedaliera, pur di restare nell'ambito del proprio Comune interessa il 41% degli intervistati nel 2017, con un'accentuazione di tale orientamento che si manifesta dopo la contrazione nel periodo 2013-2015 (nel quale i valori corrispondenti erano compresi tra il 36% e il 38%); ma tra il 2004 e il 2012 tale opzione investiva una quota ancora più elevata di intervistati che probabilmente si è ridotta nel corso del tempo a seguito di qualche difficoltà economica da parte delle famiglie sotto l'influsso della crisi, la quale ha suggerito probabilmente di limitarsi – se possibile – a soluzioni gestibili in quanto “sotto casa”.

Le differenze di propensione rispetto ai diversi sottocampioni mostrano una spinta superiore alla media per ciò che concerne la propensione a cambiare il tipo di struttura ospedaliera pur restando nel proprio Comune di residenza. Tale orientamento interessa soprattutto le persone in piena attività (35-54enni) e coloro che risiedono nel Centro Italia e nei Comuni più grandi, dove esistono più strutture e quindi risulta più facile la scelta in loco (cfr. *Tabella A10 dell'Allegato statistico*). Ma possono essere orientate in tal senso anche le persone di livello sociale basso e/o medio nonché quelle che hanno già fatto esperienze nell'ambito degli ospedali privati accreditati (cfr. *Tabella B10 dell'Allegato statistico*), unitamente a coloro che hanno consapevolezza dell'esistenza di possibili alternative pubblico/privato, Regione/fuori Regione o Italia/estero (cfr. *Tabella C10 dell'Allegato statistico*).

La propensione a ricercare invece al di fuori del proprio Comune le strutture ospedaliere ritenute maggiormente idonee riguarda soprattutto gli intervistati più giovani (tra i 18 e i 34 anni) e quelli che risultano risiedere al Nord e nei Comuni di minori dimensioni (cfr. *Tabella A10 dell'Allegato statistico*). Ma ad essi si affiancano anche le persone di ceto medio che sono probabilmente più preparate ad uscire dagli stretti confini comunali, nonché quelle che hanno dovuto affrontare interventi di tipo grave e quindi sono state particolarmente motivate nel ricercare comunque il meglio ovunque esso fosse (cfr. *Tabella B10 dell'Allegato statistico*). Ma uscire dal proprio Comune rappresenta un'opzione anche per gli intervistati che meno conoscono l'esistenza dell'opportunità di adottare soluzioni alternative pubblico/privato, Regione/fuori Regione o Italia/estero (cfr. *Tabella C10 dell'Allegato statistico*).

Sempre in tema di possibili opportunità di utilizzo di strutture ospedaliere al di fuori del proprio territorio è il caso di ricordare che esiste (dal mese di

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

Risposta	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
– Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	41,0	40,7	38,4	35,6	36,8	50,8	51,1
– Cercherei fuori del mio Comune questa struttura ospedaliera	59,0	59,3	61,6	64,4	63,2	49,2	48,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020	4.070	4.070

Risposta	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
– Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	51,2	50,5	47,8	47,1	48,7	43,5	45,1
– Cercherei fuori del mio Comune questa struttura ospedaliera	48,8	49,5	52,2	52,9	51,3	56,5	54,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.110	4.140	4.210	4.160	4.350	4.011	4.350

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

ottobre 2013) anche quella europea. Secondo tale opzione i pazienti italiani possono recarsi, per prestazioni sanitarie e ospedaliere, presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione, sempre con la copertura del Servizio Sanitario Nazionale. La tabella 11 mostra a tale proposito una sostanziale divisione in due degli intervistati, visto che:

- il 47,3% di essi dichiara nel 2017 di non essere affatto al corrente di tale opportunità, peraltro con un miglioramento di conoscenza di quasi 10 punti percentuali rispetto al momento dell'entrata in vigore della Direttiva Europea;
- mentre il restante 52,7% nel 2017 (rispetto al 43,2% del 2013) dichiara di essere al corrente di tale opportunità (18,5%) o almeno di averne sentito parlare (34,2%): i primi guadagnano 4 punti percentuali rispetto a quattro anni prima e i secondi ne recuperano 5 nello stesso periodo (e tuttavia va detto che negli ultimi due anni il livello di conoscenza tende nuovamente ad abbassarsi, forse anche per le ragioni dette prima e riferite alle difficoltà economiche delle famiglie).

Peraltro c'è anche da tener presente che la possibilità di ricorrere a strutture sanitarie ospedaliere in altri Paesi europei resta comunque un'opzione subordinata all'autorizzazione preventiva da parte della Asl di riferimento e al pagamento anticipato delle spese che poi saranno successivamente rimborsate. Di questo aspetto sono naturalmente al corrente gli intervistati che sono informati rispetto all'opportunità in oggetto o almeno circa metà di essi e cioè a quel 49,0% che nel 2017 risulta informato contro il 44,9% nel 2013 (cfr. tabella 12).

Per quanto concerne la conoscenza della possibilità di recarsi presso strutture sanitarie e ospedaliere dei diversi Paesi dell'Unione Europea, va detto che gli intervistati maggiormente informati risultano essere – come è ovvio – soprattutto quelli che posseggono un buon livello di istruzione e che si caratterizzano per un posizionamento sociale medio-alto o alto, coloro che hanno dovuto affrontare una malattia o un intervento di tipo grave e i soggetti che già hanno battuto la strada dell'ospedale privato accreditato o della clinica privata (cfr. *Tabella B11 dell'Allegato statistico*); ma sono anche le persone che già risultano essere a conoscenza in maniera chiara delle alternative pubblico/privato e Regione/fuori Regione (cfr. *Tabella C11 dell'Allegato statistico*).

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

<i>Risposta</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
- Sì, sono al corrente	18,5	19,1	21,8	20,6	14,1
- Sì, ne ho sentito parlare	34,2	33,3	32,4	32,5	29,1
- No, non sono al corrente di tale opportunità	47,3	47,6	45,8	46,9	56,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.020	4.020

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

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

<i>Risposta</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
- Sì, sono al corrente	49,0	49,0	50,7	49,2	44,9
- No, non sono al corrente	51,0	51,0	49,3	50,8	55,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.118	2.108	2.179	2.136	1.739

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

2.3. Una spinta evidente verso la progressiva “territorializzazione” dell’ospedale

Si è ritenuto a questo punto di esplorare anche gli orientamenti alternativi delle persone (ospedale oppure medicina territoriale) in presenza di problemi (reali o presunti) di tipo serio e/o urgente sul piano della salute. In proposito si è cioè chiesto quale sia il soggetto a cui si preferirebbe rivolgersi in prima istanza, tenuta conto dell’esperienza maturata a tutt’oggi dall’intervistato, allo scopo di poter accedere a visite, analisi, accertamenti diagnostici o ricoveri.

La ragione che sta alla base di questa domanda trova riferimento in comportamenti concreti (e in crescita) che tendono nei fatti a privilegiare l’ospedale in quanto struttura più attrezzata ed affidabile rispetto ai servizi territoriali della Asl, arrivando anche ad usare in maniera impropria il Pronto Soccorso come una modalità di accesso accelerata ai servizi ospedalieri.

Le risposte raccolte a questo proposito sembrerebbero confermare l’orientamento suddetto.

Dalla tabella 13 emerge infatti che:

- a) il medico di base resta senz’altro il primo soggetto di riferimento, con un addensamento di risposte ottenute particolarmente elevato (78,2%);
- b) talvolta però le persone preferiscono accorciare i tempi e rivolgersi direttamente ad un medico specialista ospedaliero di cui si fidano (nell’ambito dell’attività *intramoenia* delle strutture pubbliche oppure in via privata): questo è il secondo orientamento in ordine di importanza che già coinvolge una struttura ospedaliera (il relativo addensamento di risposte è più che significativo e pari al 59,2%, venendo a collocarsi al 2° posto dopo il ricorso al medico di base);
- c) seguono poi una serie di orientamenti che, con modalità diverse, tendono a prendere in considerazione prioritaria il Pronto Soccorso ospedaliero. Infatti:
 - il 3° posto in senso stretto (43,9% di addensamento di risposte) ha a che fare con l’utilizzo del Pronto Soccorso in quanto si è trovata una risposta adeguata e/o rapida da parte del medico di base o degli specialisti dei poliambulatori Asl;
 - il 4° posto (col 26,8% di addensamento di risposte) ribadisce la scelta preferenziale per il Pronto Soccorso nel caso in cui si avesse bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero in presenza di liste di attesa troppo lunghe;
 - ma praticamente al 5° posto (19,7% di addensamento di risposte) si ricorre sempre al centro il Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che

- ai servizi delle Asl allo scopo di non perdere troppo tempo e di arrivare al dunque quanto prima;
- e con un'intensità solo lievissimamente maggiore (6° posto, col 20,0% di addensamento di risposte) viene a collocarsi l'affermazione che sottolinea come si tenda ad usare più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio;
- d) si aggiunge poi la quota di coloro che non sanno cosa scegliere personalmente, ritenendo di potersi far consigliare in caso di necessità (26,6% di addensamento di risposte) oppure coloro che non hanno ancora avuto problemi seri e/o urgenti di salute e quindi si dichiarano non in grado di individuare una loro opzione ideale (25,6% di addensamento di risposte).

Tab. 13 – Soggetto a cui l'intervistato preferirebbe rivolgersi, avendo un problema serio e/o urgente di salute, sulla base dell'esperienza maturata nel tempo (Val. %)

<i>Soggetti</i>	<i>%</i>
– Quando ho o penso di avere un problema serio e/o urgente di salute preferisco rivolgermi innanzitutto al mio medico di base	1° 78,2
– 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	2° 59,2
– Nel caso non trovi una risposta adeguata o rapida dal mio medico di base o dagli specialisti dei poliambulatori ASL, preferisco rivolgermi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero	3° 43,9
– 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 Pronto Soccorso dell'ospedale	4° 26,8
– Preferisco in ogni caso rivolgermi da subito al Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che ai servizi della ASL per non perdere tempo	5° 19,7
– Insomma tendo a usare più l'ospedale che non i servizi ASL presenti sul territorio	6° 20,0
– Non saprei comunque cosa scegliere, poiché di solito mi faccio consigliare in caso di necessità	26,6
– 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	25,6
<i>v.a.</i>	4.020

Il totale non è uguale a 100 poiché si suggeriva di scegliere i tre soggetti più vicini all'intervistato.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

La conclusione è che gli elementi ricordati confermerebbero un processo di progressiva “territorializzazione” di fatto dei servizi ospedalieri, i quali svolgono da un lato, una funzione parzialmente sostitutiva dei servizi di me-

dicina territoriale e dall'altro, una funzione (impropria) di superamento delle liste di attesa.

Del resto anche i dati di fonte Istat (sulla base dell'indagine "Aspetti della vita quotidiana") confermerebbero un ricorso in crescita al Pronto Soccorso. Infatti le persone (da 0 anni in avanti) che hanno utilizzato quest'ultimo *negli ultimi tre mesi*:

- erano il 66,5‰ nel 2013;
- ma salgono al 70,3‰ nel 2014;
- e tali rimangono (69,2‰) nel 2015.

E anche l'andamento dell'accesso al Pronto Soccorso *negli ultimi dodici mesi*, registrato attraverso le varie indagini condotte sulla popolazione per il presente Rapporto, mostra un'evidente tendenza alla crescita, come evidenzia la precedente tabella 2 nella quale si vede come tale accesso¹:

- fosse il 24,7% nel 2015;
- salisse al 26,1% nel 2016;
- sia del 27,6% nel 2017².

La propensione ad utilizzare l'ospedale come uno strumento implicito di medicina territoriale sembra essere una prerogativa più pronunciata, rispetto alla media del campione, da parte:

- degli intervistati uomini piuttosto che donne, da coloro che hanno responsabilità di capofamiglia, oltre che dalle persone che si trovano a vivere nel Centro-Sud e nei Comuni di minore dimensione (cfr. *Tabella A13 dell'Allegato statistico*);
- ma anche dagli intervistati che si trovano ad essere collocati in una posizione sociale medio-alta o alta (cfr. *Tabella B13 dell'Allegato statistico*) oltre che da coloro che hanno una conoscenza delle alternative possibili tra pubblico e privato, Regione e fuori Regione e Italia/estero (cfr. *Tabella C13 dell'Allegato statistico*);
- anche se ad ammettere esplicitamente l'uso improprio della struttura ospedaliera come strategia dichiarata ("insomma tendo ad usare più l'ospedale che non i servizi Asl presenti sul territorio") sono le persone socialmente meno "robuste" (dal punto di vista della formazione come del posizionamento sociale) e soprattutto quelle che hanno avuto un'esperienza di malattia/intervento grave rispetto alle altre (cfr. *Tabella B13 dell'Allegato statistico*) come pure le persone che sono meno informate delle alternative possibili di ricovero al di là del pubblico, dell'ospedale strettamente regionale o nazionale (cfr. *Tabella C13 dell'Allegato statistico*).

¹ Cfr. Parte seconda, paragrafo 2.1.

² Il 69,2‰ dell'indagine Istat, pari a 6,92% trimestrale, diventerebbe il 27,7% su base annuale già nel 2015.

2.4. Un livello di miglioramento della soddisfazione, specie per le strutture private accreditate

Va detto innanzitutto che i giudizi forniti anno per anno (e raggruppati sulla base degli ultimi bienni nella tabella 14), consentono di rilevare la presenza di una quota tendenzialmente in crescita di intervistati che non sa esprimere alcuna opinione in proposito e di conseguenza anche per l'anno 2017 si è aggiunta una colonna con le percentuali dei livelli di soddisfazione, calcolati al netto delle mancate risposte.

Tenuto presente quanto appena ricordato, i dati esposti nella tabella suddetta permettono di registrare che:

- a) i giudizi “molto + abbastanza positivi” vengono espressi nell'anno 2017 da più di 1/3 degli intervistati (68,2%) per quanto riguarda gli ospedali pubblici, ma da percentuali che superano l'80% per gli ospedali privati accreditati (82,3%), mentre a tale valore si avvicinano anche le valutazioni concernenti le cliniche private (78,5%), come mostrano i dati della seconda colonna della tabella 14. È dunque evidente che gli ospedali privati accreditati ricevono un apprezzamento positivo più consistente sia rispetto agli ospedali pubblici sia rispetto alle cliniche private e parallelamente una minor quantità di giudizi negativi;
- b) i giudizi “molto + abbastanza positivi”, considerati in maniera trasversale rispetto agli anni esposti nella tabella 14, mostrano una certa oscillazione nel corso del tempo, ma nel complesso:
 - per l'ospedale pubblico, le valutazioni positive tendono a permanere attorno al 68% sia pure con qualche contrazione intermedia tra il 2011 e il 2017;
 - per gli ospedali privati accreditati i giudizi rimangono stabilmente attorno all'82% negli anni iniziali e finali della tabella 14, con un lieve decremento nei due anni centrali;
 - ed infine le valutazioni delle cliniche private passano dal 72,5% al 78,5% tra il 2011 e il 2017, con una oscillazione al ribasso nell'anno intermedio 2013.

Qualora poi si pongano 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	2011	2013	2015	2017
– Ospedale pubblico	68,5	65,3	65,0	68,2	87,8	84,7	82,6	85,9
– Ospedale privato accreditato	82,4	77,5	77,1	82,3	95,3	91,3	88,7	96,2
– Clinica privata	72,5	68,1	70,8	78,5	96,6	82,3	90,5	92,1

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

I dati illustrano tendenzialmente due fenomeni.

Il primo è che i giudizi positivi espressi dai cittadini risultano sempre meno elevati rispetto a quelli forniti dagli utenti effettivi dei servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi: e questo vale per tutte e tre le tipologie di ospedali, con differenze verso l'alto che possono toccare i 18 punti percentuali per gli ospedali pubblici e quasi 14 punti percentuali per gli ospedali privati accreditati e per le cliniche private.

Il secondo fenomeno è che gli ospedali privati accreditati raccolgono i giudizi più positivi sia rispetto agli ospedali pubblici che alle cliniche private con riferimento ai cittadini italiani intervistati come pure agli utenti effettivi dei servizi ospedalieri nel corso degli ultimi dodici mesi.

Le differenze di giudizio (sia in positivo che in negativo) da parte delle diverse sottocomponenti del campione vengono evidenziate dalle *Tabelle A14, B14 e C14 dell'Allegato statistico*. In ogni caso si può ricordare che le valutazioni più positive provengono, rispetto alla media del campione:

- dalla componente maschile piuttosto che femminile (salvo che nel caso della clinica privata, nella quale sono le donne ad esprimere giudizi migliori), dalle persone di età relativamente più matura, nonché dagli intervistati del Nord (salvo il caso delle cliniche private in cui il giudizio è migliore nel Mezzogiorno), come mostra la *Tabella A14 dell'Allegato statistico*;
- ma anche dagli intervistati con un titolo di studio più modesto, da un lato e da quelli con un livello di istruzione e una posizione sociale più evoluta, dall'altro (a conferma che le esperienze possono essere anche molto divaricate per ragioni diverse), nonché dalle persone che hanno avuto tendenzialmente delle malattie e/o degli interventi di tipo grave nel caso degli ospedali pubblici e degli ospedali privati accreditati e, viceversa, nel caso delle cliniche private (per malattie o interventi di tipo leggero), come esplicita la *Tabella B14 dell'Allegato statistico*;
- ed infine dalle persone che conoscono con chiarezza la possibilità di scegliere tra strutture pubbliche e strutture private, tra strutture regionali e strutture extraregionali e tra strutture nazionali e strutture ospedaliere europee (come evidenzia la *Tabella C14 dell'Allegato statistico*).

Tab. 14 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

Risposte	2017			2015			2013			2011		
	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale	Totale	Depurato dai "Non so"	Totale
<i>Ospedale pubblico</i>												
- Molto positivo	8,9	9,9	68,2	11,1	11,9	65,0	10,4	11,5	65,3	12,2	13,1	68,5
- Abbastanza positivo	52,4	58,3		49,3	53,1		48,8	53,8		51,5	55,4	
- Un po' negativo	23,4	26,0	31,8	24,4	26,3	35,0	25,7	28,3	34,7	24,5	26,3	31,5
- Del tutto negativo	5,2	5,8		8,1	8,7		5,8	6,4		4,8	5,2	
- Non saprebbe dare un giudizio	10,1	-		7,1	-		9,3	-		7,0	-	
Totale	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0	
v.a.	4.020	3.614		4.020	3735		4.020	3.646		4.070	3.785	
<i>Ospedale privato accreditato</i>												
- Molto positivo	8,3	11,0	82,3	9,3	11,6	77,1	7,9	10,1	77,5	11,0	13,8	82,4
- Abbastanza positivo	53,7	71,3		52,5	65,5		52,6	67,4		54,8	68,6	
- Un po' negativo	10,9	14,5	17,7	14,4	18,0	22,9	14,8	19,0	22,5	12,0	15,0	17,6
- Del tutto negativo	2,4	3,2		3,9	4,9		2,7	3,5		2,1	2,6	
- Non saprebbe dare un giudizio	24,7	-		19,9	-		22,0	-		20,1	-	
Totale	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0	
v.a.	4.020	3.027		4.020	3220		4.020	3.136		4.070	3.252	
<i>Clinica privata</i>												
- Molto positivo	11,9	19,2	78,5	12,7	18,5	70,8	10,9	17,7	68,1	13,2	21,6	72,5
- Abbastanza positivo	36,8	59,3		35,9	52,3		31,0	50,4		31,1	50,9	
- Un po' negativo	10,4	16,7	21,5	13,0	18,9	29,2	13,1	21,3	31,9	10,7	17,5	27,5
- Del tutto negativo	3,0	4,8		7,1	10,3		6,5	10,6		6,1	10,0	
- Non saprebbe dare un giudizio	37,9	-		31,3	-		38,5	-		38,9	-	
Totale	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0	
v.a.	4.020	2.496		4.020	2762		4.020	2.472		4.070	2.487	

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

2.5. Un giudizio ormai consolidato sul sistema misto pubblico/privato accreditato

Come ogni anno si è proceduto anche nel 2017 a raccogliere le valutazioni dei cittadini sul sistema ospedaliero misto pubblico/privato così come è andato consolidandosi nel corso del tempo.

Il giudizio su tale sistema resta nettamente positivo per tutti gli anni analizzati, visto che gli intervistati esprimono valutazioni positive che superano quasi sempre l'80% o vi si avvicinano.

Infatti nella tabella 15 si vede come:

- più dell'80% (85,9% nel 2017) riconosca come ormai l'ospedale privato accreditato faccia parte del sistema ospedaliero complessivo, poiché quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato ma si considerano altri fattori (come la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza all'abitazione, ecc.);
- con un'intensità analoga (86,6% nel 2017) si afferma che il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio siano esse pubbliche o private accreditate per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni;
- e ancora il 77,7% (sempre nel 2017) ammette 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.

Naturalmente se si passa al secondo gruppo di item della tabella 15 che valutano la presenza o meno sul territorio del proprio Comune, della propria Provincia e della propria Regione di ospedali pubblici e privati accreditati, i risultati cambiano. Per essere più precisi:

- solo il 50% circa (49,7% nel 2017) dichiara che nell'ambito del territorio comunale di residenza esiste effettivamente una scelta adeguata di strutture pubbliche e di strutture private accreditate;
- e così si riconosce, ma con percentuali ovviamente più consistenti (65,3% nel 2017) che nel territorio della propria Provincia di residenza esiste effettivamente un'ampia scelta di ospedali pubblici e privati accreditati e quindi è possibile scegliere in un quadro più ampio di opportunità di cura;
- ed infine se si allarga la dimensione territoriale di riferimento, considerando la Regione di appartenenza, le percentuali non possono che crescere (73,6% nel 2017), visto che gli intervistati non possono che registrare una

più ampia scelta di ospedali pubblici e privati accreditati che permettono l'esercizio di opzioni più articolate.

Le eventuali diversità di valutazione da parte dei sottocampioni vengono illustrate dai dati contenuti nelle *Tabelle A15, B15 e C15 dell'Allegato statistico*.

Infine si è chiesto anche quali potrebbero essere gli eventuali suggerimenti in vista di un miglioramento ulteriore della possibilità di scelta dei cittadini tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (tab. 16).

La domanda poneva l'alternativa sull'opportunità di scegliere tra pubblico e privato accreditato, ma accettando in cambio 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, attraverso le risposte degli intervistati, la loro propensione ad avere a disposizione un'effettiva maggiore disponibilità di opportunità pur sostenendo dei costi aggiuntivi. I risultati mettono in evidenza come:

- a) nel corso degli anni tenda a crescere, sia pure con qualche oscillazione, l'opzione illustrata dal primo item della tabella 16, secondo il quale poter avere a disposizione sul proprio territorio più ospedali, con una parità sostanziale di presenza di specialità sia in quello pubblico che in quello privato accreditato, potrebbe giustificare il pagamento di maggiori imposte: a tale proposito il livello di consenso è passato dal 16,7% del 2007 al 30,8% del 2017, attraverso livelli di consenso crescenti (anche se alternanti) nel tempo;
- b) e analogamente aumenti, anche se con un'accelerazione ed una intensità diversa, il livello di consenso in favore del secondo item che risulta abbastanza simile al precedente, in quanto evoca sempre uno scambio anche se lievemente diverso: invece che essere basato sul pagamento di maggiori imposte esso farebbe riferimento ad una più elevata spesa richiesta al cittadino, sempre allo scopo di avere maggiori possibilità di scelta: l'accordo veniva espresso dal 15,5% dei cittadini nel 2007, ma arriva al 18,2% nel 2017 (anche in tal caso con qualche oscillazione intermedia);
- c) conseguentemente non possa che contrarsi il livello di consenso per l'ultimo item che esplicita un'ipotesi consistente in una minore opportunità di scelta tra pubblico e privato accreditato, privilegiando invece il fatto di poter disporre di servizi ospedalieri pubblici o privati accreditati tra loro integrati all'interno di un sistema ospedaliero unitario al servizio dei cittadini: in tal caso i livelli di consenso passano dal 67,8% del 2007 al 51,0% del 2017 (anche in tal caso con oscillazioni intermedie inevitabili).

Le opzioni sottoposte a valutazione nella tabella 16 sono – e lo si ripete – del tutto teoriche, eppure si vede come il consenso sui primi due item diventi

via via più rilevante nel corso del tempo (da 32,2% nel 2007 a 49,0% nel 2017): e questo è tanto più significativo se si tiene presente la crisi che abbiamo vissuto e da cui non siamo ancora pienamente usciti. Il che ha posto alle famiglie italiane non pochi problemi per quanto riguarda l'accesso alle cure sanitarie e ospedaliere che, a seguito di un maggiore controllo/riduzione della spesa pubblica, ha finito col tradursi anche in minori e/o peggiori servizi, in più lunghe attese e in un aumento dei costi per gli utenti.

Tab. 15 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (val. %)

Risposte	2017			2015			2013			2011		
	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"	Totale	Depurato dai "Non so"
<i>Ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)</i>												
- Molto d'accordo	21,0	25,2 } 85,9	22,5	25,4 } 82,4	21,7	25,1 } 82,4	21,7	25,1 } 82,4	27,2	31,8 } 88,6		
- Abbastanza d'accordo	50,6	60,7 } 85,9	50,6	57,0 } 82,4	49,6	57,3 } 82,4	48,6	56,8 } 88,6	48,6	56,8 } 88,6		
- Poco d'accordo	10,4	12,4	13,4	15,1	13,2	15,2	7,5	8,8	7,5	8,8		
- Per niente d'accordo	1,4	1,7	2,2	2,5	2,1	2,4	2,2	2,6	2,2	2,6		
- Non saprebbe dare un giudizio	16,6	-	11,3	-	13,4	-	14,5	-	14,5	-		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
v.a.	4.020	3.353	4.020	3.566	4.020	3.481	4.070	3.480	4.070	3.480		
<i>Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni</i>												
- Molto d'accordo	33,5	39,1 } 86,6	38,6	42,5 } 88,2	37,2	42,5 } 88,1	36,8	42,3 } 90,1	36,8	42,3 } 90,1		
- Abbastanza d'accordo	40,7	47,5 } 86,6	41,5	45,7 } 88,2	39,9	45,6 } 88,1	41,6	47,8 } 90,1	41,6	47,8 } 90,1		
- Poco d'accordo	9,3	10,9	8,9	9,7	9	10,3	6,9	7,9	6,9	7,9		
- Per niente d'accordo	2,1	2,5	1,9	2,1	1,4	1,6	1,8	2,1	1,8	2,1		
- Non saprebbe dare un giudizio	14,4	-	9,1	-	12,5	-	12,9	-	12,9	-		
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	3.441	4.020	3.654	4.020	3.518	4.070	3.545	4.070	3.545		
<i>In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema privato accreditato: la Regione o la Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta</i>												
- Molto d'accordo	17,3	20,6 } 77,7	24,0	26,7 } 79,7	17,5	20,3 } 77,1	20,7	24,2 } 80,3	20,7	24,2 } 80,3		
- Abbastanza d'accordo	48,1	57,1 } 86,6	47,6	53,0 } 79,7	49,2	56,8 } 80,3	47,9	56,1 } 80,3	47,9	56,1 } 80,3		
- Poco d'accordo	15,1	17,9	14,9	16,6	16,4	18,9	13,1	15,3	13,1	15,3		
- Per niente d'accordo	3,7	4,4	3,3	3,7	3,5	4,0	3,7	4,3	3,7	4,3		
- Non saprebbe dare un giudizio	15,8	-	10,2	-	13,4	-	14,6	-	14,6	-		
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	3.385	4.020	3.610	4.020	3.481	4.070	3.476	4.070	3.476		

./.

(Segue) Tab. 15 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (val. %)

Risposte	2017			2015			2013			2011		
	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"	Totale	Depurato dai "Non so"
<i>Sul territorio del mio Comune di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>												
- Molto d'accordo	10,0	12,0	14,4	15,9	13,1	14,9	13,6	16,0	13,6	16,0	13,6	16,0
- Abbastanza d'accordo	31,5	37,7	31,6	35,0	27,6	31,6	30,6	35,9	30,6	35,9	30,6	35,9
- Poco d'accordo	23,7	28,3	22,2	24,6	20,8	23,7	19,5	22,9	19,5	22,9	19,5	22,9
- Per niente d'accordo	18,4	22,0	22,2	24,6	26,2	29,8	21,5	25,2	21,5	25,2	21,5	25,2
- Non saprebbe dare un giudizio	16,4	-	9,6	-	12,3	-	14,8	-	14,8	-	14,8	-
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.361	4.020	3.634	4.020	3.526	4.070	3.468	4.070	3.468	4.070	3.468
<i>Sul territorio della mia Provincia di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>												
- Molto d'accordo	14,0	16,7	19,5	21,5	18,2	20,5	17,4	20,4	17,4	20,4	17,4	20,4
- Abbastanza d'accordo	40,7	48,6	41,6	46,0	42,6	48,0	44,1	51,8	44,1	51,8	44,1	51,8
- Poco d'accordo	20,7	24,7	21,1	23,3	21,5	24,2	16,4	19,3	16,4	19,3	16,4	19,3
- Per niente d'accordo	8,4	10,0	8,3	9,2	6,5	7,3	7,2	8,5	7,2	8,5	7,2	8,5
- Non saprebbe dare un giudizio	16,2	-	9,5	-	11,2	-	14,9	-	14,9	-	14,9	-
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.369	4.020	3.638	4.020	3.570	4.070	3.464	4.070	3.464	4.070	3.464
<i>Sul territorio della mia Regione di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta</i>												
- Molto d'accordo	16,7	20,1	23,7	26,4	25,5	29,2	25,5	30,4	25,5	30,4	25,5	30,4
- Abbastanza d'accordo	44,7	53,5	46,5	51,7	45,4	51,9	42,9	51,2	42,9	51,2	42,9	51,2
- Poco d'accordo	16,8	20,1	14,2	15,8	13,2	15,1	11,7	14,0	11,7	14,0	11,7	14,0
- Per niente d'accordo	5,3	6,3	5,5	6,1	3,3	3,8	3,7	4,4	3,7	4,4	3,7	4,4
- Non saprebbe dare un giudizio	16,5	-	10,1	-	12,6	-	16,2	-	16,2	-	16,2	-
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	3.357	4.020	3.614	4.020	3.513	4.070	3.411	4.070	3.411	4.070	3.411

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. 16 – *Suggerimenti dell'intervistato in ordine alla scelta possibile del cittadino tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati (val. %)*

Risposte	2017	2015	2013	2011	2009	2007
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, anche a costo di dover pagare più tasse per avere questa possibilità di scelta	30,8	24,8	21,6	23,7	24,2	16,7
- Sarebbe importante che il cittadino avesse a disposizione sul suo territorio l'opportunità di scegliere tra ospedale pubblico e ospedale privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenza di specialità sia nell'uno che nell'altro, in cambio di una più elevata spesa diretta del cittadino sia nel pubblico che nel privato	18,2	19,1	15,3	15,4	18,3	15,5
- Non è tanto importante avere un'opportunità di scelta esaustiva tra pubblico e privato accreditato su ogni territorio, quanto piuttosto è importante avere a disposizione dei servizi ospedalieri di qualità siano essi pubblici o privati accreditati e che facciano parte di un sistema ospedaliero integrato al servizio dei cittadini	51,0	56,1	63,1	60,9	57,5	67,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	4.020	4.020	4.070	4.140	4.160

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

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

Anche quest'anno sono stati predisposti tre indicatori utilizzati ormai da tempo, i quali forniscono un'idea sintetica dell'andamento del sistema ospedaliero italiano, integrando dati oggettivi e dati soggettivi (come quelli analizzati nella Seconda parte del presente Rapporto), grazie all'indagine congiunturale effettuata su un campione nazionale rappresentativo di individui da 18 anni in avanti.

Per essere più precisi si tratta:

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

3.1. L'indicatore di crescita di un sistema misto

Il primo dei tre indicatori (e cioè l'*Aiop Index/1*) è contenuto nella tabella 17. Esso è stato costruito sulla base della somma semplice di 5 componenti di tipo quantitativo e di una componente di tipo qualitativo che però è stata "rafforzata" rispetto alle altre e così, da sola, pesa da 2,2 a 8,7 volte di più rispetto ai fattori precedentemente considerati (e per questo si è moltiplicato per 100 il rapporto tra il peso medio delle prestazioni effettuate negli ospedali privati accreditati e il peso medio relativo agli ospedali pubblici).

Tab. 17 – Costruzione di un Indice Aiop sulla crescita di un sistema misto pubblico/privato

<i>Componenti dell'Indice</i>	<i>2017 (dati 2015)</i>	<i>2016 (dati 2014)</i>	<i>2015 (dati 2013)</i>	<i>2014 (dati 2012)</i>	<i>2013 (dati 2011)</i>	<i>2012 (dati 2010)</i>	<i>2011 (dati 2009)</i>	<i>2010 (dati 2008)</i>	<i>2009 (dati 2007)</i>	<i>2008 (dati 2006)</i>	<i>2007 (dati 2005)</i>
1) Rapporto tra numero di ospedali privati (case di cura accreditate) e numero totale degli ospedali italiani	47,9 ⁽²⁾	47,6	47,6	46,5	46,5	45,5	45,2	45,6	45,6	45,9	45,1
2) Rapporto tra numero dei posti letto degli ospedali privati (case di cura accreditate) e numero totale dei posti letto degli ospedali italiani	20,9 ⁽²⁾	21,2	21,2	21,0	21,1	21,3	21,3	21,5	21,6	22,0	21,9
3) Rapporto tra il numero dei degenti degli ospedali privati (case di cura accreditate) e numero dei degenti del totale degli ospedali italiani	16,3	16,3	16,2	16,0	16,0	15,7	15,9	16,2	16,2	17,0	16,4
4) Rapporto tra numero delle giornate di degenza degli ospedali privati (case di cura accreditate) e numero delle giornate di degenza presso il totale degli ospedali italiani	18,6	18,5	18,3	18,1	18,1	17,9	18,2	18,3	18,3	19,1	18,8
5) Rapporto tra numero degli addetti degli ospedali privati (case di cura accreditate) e numero degli addetti degli ospedali italiani	12,8	12,6	12,4	12,4	12,2	11,2	10,3 ¹	11,5	11,9	12,4	12,1
6) Rapporto tra il Peso medio delle prestazioni effettuate negli ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop e quello degli ospedali pubblici (moltiplicato per 100)	109,1	106,7	108,4	105,9	104,5	108,3	106,5	106,3	101,7	99,1	96,9
<i>Aiop Index/I sull'offerta (di strutture e di servizi ospedalieri accreditati)</i>	225,6	222,9	224,1	219,9	218,4	219,9	217,4	219,4	215,3	215,5	211,2

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

(2) Dati 2014.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Il risultato finale per l'anno 2017 dà conto di una ulteriore crescita dell'indicatore suddetto così come appare dall'andamento degli anni considerati all'interno della suddetta tabella 17. Tale indice era pari a 211,2 nell'anno 2007, ma aumenta gradualmente nel tempo sino a raggiungere il valore di 219,9 nel 2012 e quindi risalire ulteriormente nel 2015 (224,1) e nel 2017 (225,6).

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

- poco meno di metà degli istituti ospedalieri italiani (47,9%);
- più di 1/5 dei posti letto totali offerti al cittadino (20,9%);
- 1/6 dei degenti complessivi presenti nel nostro Paese (16,3%);
- poco meno di 1/5 delle giornate di degenza complessive, fornite dal sistema ospedaliero preso nel suo insieme (18,6%);
- e inoltre costituisce un comparto ospedaliero caratterizzato da un più elevato (e crescente) peso medio delle prestazioni fornite rispetto al comparto pubblico (come evidenzia l'ultimo rapporto indicato nella tabella 17, per l'anno 2017).

Dai dati richiamati si vede come la componente ospedaliera privata (case di cura accreditate) rappresenti dunque una parte importante e in crescita del sistema ospedaliero misto di cui godiamo, a cui corrisponde un numero di addetti proporzionalmente più contenuto rispetto al peso effettivo delle strutture e delle prestazioni fornite: ciò significa che con meno operatori si riesce a generare una maggiore “produzione”. Infatti con il 12,8% degli addetti di tutti gli ospedali italiani, le strutture private (case di cura accreditate) riescono ad offrire il 20,9% dei posti letto, a trattare una quota di pazienti pari al 16,3% e ancora a fornire un ammontare di giornate di degenza che arriva al 18,6% del totale.

E tutto ciò avviene in presenza di un'incidenza della spesa corrente, facente capo agli ospedali privati accreditati, che risulta proporzionalmente ben minore rispetto al totale della spesa corrente pubblica ospedaliera se si tiene conto del totale della “produzione” ospedaliera realizzata: per gli ospedali privati (case di cura accreditate) la spesa risulta infatti posizionata al 7,0% della spesa ospedaliera pubblica nel 2014 (in contrazione nel corso del tempo: era dell'8,9% nel 1999, scende al 7,8% nel 2002, al 7,5% nel 2007, al 7,3% nel 2009, 2010 e 2011, diminuisce ulteriormente al 7,2% nel 2012 per toccare il 7,0% negli ultimi tre anni), mentre viene erogata dalle stesse strutture una quantità di giornate di degenza pari a due volte e mezza la quota di spesa appena citata (e cioè il 18,6% del totale delle degenze che fanno capo all'intero sistema ospedaliero).

3.2. L'indicatore del livello di soddisfazione dei servizi

Il secondo dei tre Indicatori (quello denominato *Aiop Index/2*) viene illustrato dalla tabella 18 che risulta basata su tre tipi di valutazioni, espresse via via dagli intervistati nel corso degli ultimi anni e precisamente:

- sul giudizio di soddisfazione dichiarato dalle persone che hanno effettivamente avuto esperienza di ricovero negli ultimi dodici mesi (senza depurare i risultati dalle mancate risposte che in questo caso sono assolutamente marginali);
- sulla propensione ad utilizzare le stesse strutture utilizzate l'ultima volta, sempre da parte delle persone che hanno avuto esperienze ospedaliere nell'ultimo anno (ma questa volta depurando le opinioni degli intervistati dalle mancate risposte);
- ed infine sulle valutazioni della soddisfazione percepita, espressa dall'intero campione nazionale di persone da 18 anni in poi e non solo da parte di chi ha avuto accesso alle strutture negli ultimi dodici mesi (depurando sempre le percentuali dalle mancate risposte).

Il tutto è stato riferito ad un massimo (teorico) di valutazione positiva pari al 300%, in quanto le percentuali da considerare sono tre, poiché sono riferite rispettivamente agli ospedali pubblici, agli ospedali privati accreditati e alle cliniche private. Per questo si è proceduto successivamente a ponderare i dati grezzi rispetto ad una base 1.000, allo scopo di costruire un indicatore maggiormente leggibile e confrontabile. Il risultato complessivo mostra un livello di soddisfazione che:

- a) per l'anno 2017, resta sempre più elevato per gli ospedali privati accreditati (921,0) e per le cliniche private (863,7), rispetto agli ospedali pubblici (829,7): si ricorda anche che gli ospedali privati accreditati conservano sempre la posizione migliore dell'*Aiop Index/2* per tutti gli anni indicati nella tabella 18;
- 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 2017 (da 808,0 sale a 834,7, per poi scendere a 803,0 e addirittura a 639,7 nel 2016 per poi risalire a 829,7 nel 2017);
- c) appare essere in decisa crescita nel 2017 l'indicatore per gli ospedali privati accreditati rispetto ai due anni precedenti (921,0 a fronte di 738,0 del 2016 e 860,0 del 2015), anche in tal caso con un andamento alternante, ma con forte presenza di segni “+” rispetto agli ospedali pubblici;
- d) presenta una tendenza a sua volta oscillante l'indicatore per le cliniche private che, partito con il valore di 830,7 nel 2007, scende a 808,7 nel

Tab. 18 – Costruzione di un Indice di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi ospedalieri

Componenti dell'Indice	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	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 privati (case di cura accr.)	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	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	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 privati (case di cura accr.)	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	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	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 privati (case di cura accr.)	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	78,6	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	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 privati (case di cura accreditate)	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	259,1	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) ^(*)												
▪ Ospedali pubblici	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 privati (case di cura accreditate)	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	863,7	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.

(b) Sottocampione con esperienza di servizi ospedalieri utilizzati negli ultimi dodici mesi (nel presente Rapporto sono stati ricalcolati i valori al netto delle mancate risposte).

(c) Interlo campione, con o senza esperienza ospedaliera negli ultimi dodici mesi, depurato dalle risposte "Non saprei dare un giudizio".

(*) Riportando a 1.000 il totale grezzo di cui sopra.

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

2010 per risalire lentamente a 841,7 nel 2015, abbassarsi nel 2016 e quindi riprendersi nel 2017 con un punteggio di 863,7.

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

- da un lato la netta posizione migliore, lungo tutti gli anni considerati, del livello di soddisfazione complessivo espresso nei confronti degli ospedali privati accreditati sia rispetto agli ospedali pubblici sia rispetto alle cliniche private;
- e dall'altro un peggioramento complessivo degli ospedali pubblici nel tempo, qualora si ponga a confronto l'intero periodo (dal 2007 al 2017), visto che il relativo *Aiop Index/2* passa da 837,3 a 829,7, mentre risulta in crescita il medesimo indicatore per gli ospedali privati accreditati (da 874,3 a 921,0) come pure quello per le cliniche private (da 830,7 a 863,7).

È evidente che il progressivo logoramento dei servizi sotto vari profili (sia come disponibilità degli accessi sia come liste di attesa sia come qualità dei servizi) nell'ambito dell'ospedalità pubblica possa aver indotto i pazienti a rivolgersi agli altri due ambiti di strutture ospedaliere siano esse private accreditate o cliniche private.

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

Infine il terzo indicatore (quello denominato *Aiop Index/3*) trova posto nella tabella 19 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/privato in grado di usare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio, secondo quanto affermato dall'intero campione (item 5);

- la domanda di una maggiore informazione per poter esercitare effettivamente la libertà di scelta da parte della totalità degli intervistati (item 6);
- ed infine, la disponibilità (teorica) di farsi carico di eventuali oneri aggiuntivi al fine di poter avere a disposizione sul territorio un'opportunità effettiva di scelta tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, secondo quanto giudicato dal campione complessivo dell'indagine (item 7).

Anche nel caso di questo terzo indicatore si è rapportato il risultato grezzo (inteso come somma dei giudizi percentuali ottenuti nei diversi item) al valore 1.000, sempre allo scopo di creare un indicatore astratto ma di più facile lettura, oltre che maggiormente confrontabile nel corso del tempo.

Si è così ottenuto per il 2017 un valore di *Aiop Index/3* pari a 616,0, con un miglioramento rispetto all'anno precedente e soprattutto con una conferma di una maggioranza di segni “+” nell'incremento dell'indicatore stesso: col risultato che quest'ultimo dal valore di 586,1 nel 2007 arriva a 616,0 nel 2017, confermando la crescita nel tempo della domanda di libertà di scelta dei servizi ospedalieri da parte dei cittadini che costituisce parte sostanziale del sistema misto pubblico/privato accreditato presente nel nostro Paese.

Tab. 19 – Costruzione di un Indice sulla domanda di libertà di scelta dei servizi ospedalieri da parte del cittadino

Tab. 12 - *Conoscenza di un'istituzione sanitaria nominata in merito al scelta del servizio ospedaliero da parte del cittadino*

Componenti dell'Indice	Risposte in percentuale												% massima raggiungibile (teorica)
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007		
- Conoscenza delle opportunità di scelta tra pubblico e privato accreditato, a parità di costo: "sì, con chiarezza" ^(a)	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 privato (casa di cura accreditata) e clinica privata "ho preso in considerazione le varie possibilità in anticipo" ^(b)	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 pur di scegliere l'ospedale che si desidera: "cercherei fuori del mio Comune la struttura ospedaliera" ^(a)	59,3	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 al pubblico o al privato: "ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori come la presenza della specializzazione, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc." ^(a) (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", deprivati dai "Non saprei") ^(a)	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" ^(a) (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", deprivati dai "Non saprei") ^(a)	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 privato accreditato e quindi la Regione o le Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione per favorire la libera scelta del cittadino" (giudizi "molto + abbastanza d'accordo", deprivati dai "Non saprei") ^(a)	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 privato (casa di cura accreditata), con una parità sostanziale di presenze di specialità sia nell'uno che nell'altro, anche a costo di dover pagare più tasse oppure di dover sostenere una più elevata spesa diretta sia nel pubblico che nel privato" ^(a)	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	431,2	429,5	441,9	420,9	419,3	407,6	413,8	411,5	409,9	397,6	410,3	700,0	
Adiop Index 3 sul livello percepito di libertà di scelta ^(c)	616,0	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.

(b) Sottocampione con esperienza di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi (si espone il valore medio tra ospedali pubblici + ospedali privati accreditati + cliniche private).

(c) Riportando a 1.000 il totale grezzo precedente.

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Parte terza

*I comportamenti e le reazioni dei care-giver
rispetto alle debolezze del sistema sanitario*

1. Il ricorso all'out-of-pocket da parte delle famiglie

1.1. Le dimensioni quantitative del fenomeno attraverso i dati aggregati nazionali

Le spese per consumi sanitari a prezzi correnti, sostenute dalle famiglie italiane secondo quanto riporta l'Istat, ammontavano nell'anno 2016 a 35,6 miliardi di euro. Si tratta di dati che presentano un andamento crescente nel corso dell'ultimo decennio così da accumulare un +22,4% tra il 2006 e il 2016, ma che registrano più in dettaglio (cfr. tabella 1):

- a) innanzitutto una propensione, divaricantesi sempre più nel tempo, tra le spese sanitarie *out-of-pocket* delle famiglie e le spese per consumi totali delle stesse come evidenziano i relativi Numeri Indice che passano da 100,0 a 122,4 per le prime a fronte di una crescita da 100,0 a 111,0 per le seconde, evidenziando da subito una priorità evidente per le spese relative alla salute rispetto alle spese per consumi nel loro complesso;
- b) un andamento della spesa per consumi sanitari che vede un rallentamento nel 2009 e nel 2010 come evidenziano i Numeri Indice che scendono a 105,1 e a 106,2 rispetto a 107,0 nel 2008, una ripresa nel 2011 (114,1), quindi una nuova contrazione nel 2012 e nel 2013 (112,4 e 112,2, rispettivamente), per poi risalire più decisamente negli anni 2014, 2015 e 2016 come evidenziano i rispettivi Numeri Indice (115,8, 122,4 e 122,4);
- c) un andamento oscillante delle spese per consumi sanitari delle famiglie italiane che finisce dunque con un'accelerazione negli ultimi anni indicati nella tabella 1 in concomitanza con l'effetto accumulato dei processi di riduzione/controllo della spesa pubblica e (spesso) del peggioramento degli stessi servizi del sistema sanitario nazionale: il che ha spinto i *care-giver* ad investire una parte del budget familiare, specie dal 2011 in poi, per poter accedere a servizi alternativi o integrativi rispetto a quelli pubblici;

Tab. 1 – Spese per consumi sanitari a prezzi correnti delle famiglie italiane (residenti e non residenti) a confronto con la spesa sanitaria pubblica totale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spese per consumi sanitari out-of-pocket (v.a. in mil. di euro), di cui:											
▪ <i>Prodotti medicinali, art. sanitari e mat. terapeutico</i>	29.146,5	29.577,6	31.197,1	30.630,9	30.953,8	33.254,4	32.765,4	32.703,2	33.741,5	35.675,2	35.681,9
▪ <i>Servizi ambulatoriali</i>	13.233,1	13.497,3	14.359,4	13.968,9	13.996,1	15.084,6	15.040,6	14.812,6	15.832,8	17.346,3	17.135,6
▪ <i>Servizi ospedalieri</i>	3.677,2	3.637,1	3.920,6	4.118,7	4.463,1	5.039,8	4.901,2	4.942,4	4.999,7	5.015,5	4.989,5
Spese per consumi sanitari out-of-pocket (N.I. 2006 = 100,0), di cui:											
▪ <i>Prodotti medicinali, art. sanitari e mat. terapeutico</i>	100,0	101,5	107,0	105,1	106,2	114,1	112,4	112,2	115,8	122,4	122,4
▪ <i>Servizi ambulatoriali</i>	100,0	102,0	108,5	105,6	105,8	114,0	113,7	111,9	119,6	131,1	129,5
▪ <i>Servizi ospedalieri</i>	100,0	98,9	106,6	112,0	121,4	137,1	133,3	134,4	136,0	136,4	135,7
Spese totali per consumi delle famiglie	929.395,3	960.750,1	978.916,1	957.938,6	983.043,7	1.012.781,2	1.001.015,0	989.235,6	994.063,9	1.016.080,2	1.031.641,2
Spese totali per consumi delle famiglie (N.I. 2006 = 100,0)	100,0	103,4	105,3	103,1	105,8	109,0	107,7	106,4	107,0	109,3	111,0

J.

(Segue) Tab. 1 – Spese per consumi sanitari a prezzi correnti delle famiglie italiane (residenti e non residenti) a confronto con la spesa sanitaria pubblica totale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa sanitaria pubblica totale a prezzi correnti (in mil. di euro)¹	99.615	103.805	103.141	110.110	111.331	112.809	113.683	111.684	112.673	112.667	113.731
N.I.	100,0	104,2	107,6	110,6	111,8	113,2	114,1	112,1	113,1	113,1	114,2
Rapporto tra											
spese per consumi sanitari delle famiglie e spesa sanitaria pubblica totale a prezzi correnti	29,3	28,5	29,1	27,8	27,8	29,5	28,8	29,3	29,9	31,7	31,4
Spesa sanitaria pubblica totale a prezzi correnti (media pro-capite in euro)²	1.685	1.741	1.684	1.825	1.836	1.899	1.905	1.837	1.853	1.857	1.877
Spesa per consumi sanitari (media pro-capite in euro)²	493	496	520	508	511	560	549	538	555	588	589

(1) Cfr. i Rapporti “Ospedali&Salute” dei vari anni (mentre i dati riportati per il 2015 e per il 2016 sono quelli forniti da Agenas).

(2) Calcolata tenendo conto dell’ammontare della popolazione Istat post-censimento dal 2011 in poi, che risulta inferiore a quella stimata per gli anni precedenti (e quindi la media pro-capite della spesa per consumi sanitari aumenta).

Fonte: elaborazione su dati i.Stat. Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti

- d) la presenza di un evidente effetto compensativo di tale andamento della spesa *out-of-pocket* rispetto a quello della spesa sanitaria pubblica diventa ulteriormente evidente se si considera che fino al 2010 cresce di più quest'ultima (da 100,0 a 111,8, in termini di Numeri Indice) rispetto alla prima (da 100,0 a 106,2), mentre tale tendenza si inverte decisamente a partire dal 2011 in poi, dopo aver registrato gli effetti della *spending review* e il parallelo aumento delle tante forme di compartecipazione ai costi del servizio pubblico da parte delle famiglie;
- e) una particolare accentuazione della spesa *out-of-pocket* per i servizi ambulatoriali e per quelli ospedalieri che nei dieci anni esaminati crescono rispettivamente del 29,5% e del 35,7% contro il 10,9% della prima voce, costituita da Prodotti medicinali + Articoli sanitari + Materiali terapeutici (cfr. i rispettivi Numeri Indice).

Il risultato di insieme è che la spesa media pro-capite in euro, con riferimento alla spesa sanitaria pubblica, passa da 1.685 euro nel 2006 a 1.877 euro nel 2016, anche se bisogna tener conto che per gli aumenti dal 2011 in poi gioca la contrazione del numero della popolazione totale, a seguito dei ritocchi post-censimento da parte dell'Istat. Mentre in parallelo la spesa per consumi sanitari *out-of-pocket* delle famiglie italiane sale da 493 euro nel 2006 a 560 euro nel 2011 e infine a 589 euro nel 2016. E soprattutto il rapporto tra spese per consumi sanitari delle famiglie e spesa sanitaria pubblica totale a prezzi correnti diminuisce sino al 2010 (passando dal 29,3% al 27,8%) salvo poi riprendere forza dal 2011 al 2016, periodo in cui si sale dal 29,5% al 31,4%.

1.2. Il dettaglio delle spese dichiarato dai *care-giver* e il confronto con i valori nazionali

L'apposito questionario, somministrato quest'anno ad un campione di 2.000 persone adulte in posizione di *care-giver*, ha richiesto esplicitamente agli intervistati quanto avessero speso direttamente e/o per gli altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai servizi sanitari.

Nel caso dell'accesso a strutture pubbliche come pure private accreditate la tabella 2 mette in evidenza che il 77,4% degli intervistati è stato comunque un protagonista più o meno attivo dell'*out-of-pocket*, nel senso che i *care-giver* dichiarano di aver sostenuto una o più spese per sé e/o per altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi. Tale percentuale media tuttavia viene superata:

- dagli intervistati di livello socioeconomico medio (79,3%), dai pensionati che, ovviamente, hanno maggiori necessità di accesso ai servizi sanitari e

- socioassistenziali (82,9%) e dalle persone con livello di istruzione più elevato (81,3%) (cfr. *Tabella A2 dell'Allegato statistico*);
- ma anche dai *care-giver* del Nord-Est rispetto al resto del Paese (82,6%) e da coloro che sono residenti in comuni di maggiori dimensioni (82,6%) (cfr. *Tabella B2 dell'Allegato statistico*);
 - e infine da coloro che valutano positivamente i servizi sanitari e socioassistenziali della propria Regione (83,6%) e, al contrario, da chi dichiara la propria insoddisfazione come utilizzatore dei servizi ospedalieri pubblici negli ultimi dodici (92,3%) (cfr. *Tabella C2 dell'Allegato statistico*).

Tab. 2 – Care-giver che dichiarano di aver sostenuto o non sostenuto delle spese sanitarie e/o assistenziali, per sé e/o per altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi delle strutture pubbliche e/o di quelle private accreditate (val. %)

<i>Risposta</i>	<i>%</i>
– Hanno sostenuto delle spese	77,4
– Non hanno sostenuto delle spese	22,6
Totale	100,0
v.a.	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

L'ampia tipologia di spese sostenute dalle famiglie italiane per l'accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate nel campo sanitario viene esplicitata nella successiva tabella 3, da cui emerge che:

- a) l'ammontare delle spese *out-of-pocket* per servizi e prodotti sanitari è stato stimato, sulla base delle dichiarazioni degli intervistati e del calcolo successivo che è stato effettuato, essere pari ad un ammontare complessivo di 9.929 milioni di euro (a cui si aggiungono i 3.110 milioni di euro di spese per i servizi di tipo assistenziale);
- b) la componente più consistente della spesa *out-of-pocket* avrebbe a che fare col pagamento di ticket per i farmaci, per le analisi, per gli accertamenti diagnostici, per le visite specialistiche e per l'accesso al Pronto Soccorso oltre che per il ricorso ai servizi *intramoenia* a pagamento presso le strutture pubbliche: si tratta di 8.447 milioni di euro su 13.039 milioni di euro ottenuti per servizi sia di tipo sanitario che di tipo assistenziale, con un'incidenza del 64,8%. Ma tale percentuale sale all'85,1% se si considerano le spese sanitarie in senso stretto (effettuando il rapporto tra 8.447 e 9.929 milioni di euro, esposti nella tabella 3);
- c) esistono in particolare altre spese, sempre in campo sanitario, che riguardano prestazioni particolari del medico di base (120 milioni di euro), spese aggiuntive rispetto a quanto fornito dal sistema sanitario pubblico per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (1.049 milioni di euro) ed infine spese riguardanti l'accompagnamento e l'assistenza del paziente

Tab. 3 – Spese out-of-pocket sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (val. %)

Tipologia di spese	% di famiglie che hanno sostenuto la spesa indicata	Importo medio della spesa (in euro)	Stima del numero di famiglie coinvolte (in migliaia) ¹	Stima delle spese totali out-of-pocket (in mil. di euro) ²
SPESE PER SERVIZI E PRODOTTI SANITARI				
– Ticket per i farmaci ed eventualmente per il pagamento della differenza tra il costo di quelli generici rispetto a quelli non generici	63,5	164	16.381	2.686
– Ticket per l'effettuazione di analisi presso i laboratori	49,0	136	12.641	1.719
– Ticket per accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza magnetica, PET, ecc.)	33,6	143	8.668	1.239
– Ticket per visite specialistiche	39,5	167	10.190	1.702
– Ticket per l'accesso al Pronto Soccorso	6,4	43	1.651	71
– Spese per visite specialistiche effettuate in <i>intramoenia</i> (cioè nelle strutture ospedaliere pubbliche, pagando la visita)	18,4	189	4.747	897
– Spese per eventuali interventi in day hospital in <i>intramoenia</i> (cioè nelle strutture pubbliche, ma pagando l'intervento)	2,6	199	671	133
– Spese sostenute per visite presso il proprio medico di base per prestazioni particolari (come il rilascio di certificazioni, la somministrazione di vaccinazioni o altro)	7,9	59	2.038	120
– Spese aggiuntive, rispetto a quanto fornito dal servizio sanitario pubblico, sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)	15,7	259	4.050	1.049
– Spese sostenute per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture pubbliche situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero	1,9	639	490	313
SPESE PER SERVIZI ASSISTENZIALI				
– Spese sostenute per il ricovero di anziani e/o di disabili in RSA pubbliche (pagando la quota a carico della famiglia)	0,9	4.772	232	1.108
– Spese sostenute per l'assistenza pubblica a domicilio dei pazienti (pagando la quota a carico della famiglia)	0,5	155	129	20
– Spese per la badante o per persone che aiutano nell'assistenza al familiare durante il ricovero (ad esempio di notte)	2,0	3.379	516	1.743
– Altre spese	2,3	402	593	239
Totale generale	77,4	653³	19.967	13.039

J.

(Segue) Tab. 3 – Spese out-of-pocket sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (val. %)

Tipologia di spesa	% di famiglie che hanno sostenuto la spesa indicata	Importo medio della spesa (in euro)	Stima del numero di famiglie coinvolte (in migliaia) ¹	Stima delle spese totali out-of-pocket (in mil. di euro) ²
- Percentuale e numero di famiglie che hanno dichiarato di non aver sostenuto nessuna spesa	22,6	-	5.830	-
Totale care-giver che hanno dichiarato di aver sostenuto una e/o più spese (66,7% del totale del campione)	1.548	-	-	-
Numero risposte ottenute dai care-giver intervistati	4.884	-	-	-
Numero medio di risposte per intervistato	3,2	-	-	-
Totale campione	2.000			

(1) È stata applicata la percentuale della prima colonna al totale delle famiglie italiane, pari a 25,797 milioni di famiglie residenti (fonte: Istat, “Indagine sulle spese per consumi delle famiglie”).

(2) Sono stati moltiplicati i valori della seconda con quelli della terza colonna.

(3) Spesa media ponderata per famiglia.

Fonte: *indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

presso strutture pubbliche situate fuori del Comune, della Provincia, della Regione o addirittura all'estero (313 milioni di euro): l'insieme di queste spese, pari a 1.482 milioni di euro, rappresenta il 14,9% delle spese sanitarie *out-of-pocket*, aggiuntive rispetto a quelle che "fanno ritorno" al sistema sanitario pubblico attraverso i ticket e le spese per servizi *intra-moenia* (che rappresentano l'altro 85,1%);

- d) alle spese sostenute per servizi e prodotti sanitari si affiancano poi quelle che fanno capo ai servizi assistenziali, le quali rappresentano 3.110 milioni di euro e cioè il 23,9% delle spese *out-of-pocket* complessivamente indicate nella tabella 3 e pari a 13.039 milioni di euro. A tale proposito è possibile vedere come gli importi più consistenti riguardino le spese sostenute per il ricovero di anziani e/o di disabili in RSA pubbliche, per le quali però si paga una quota da parte della famiglia (1.108 miliardi di euro) a cui si aggiungono le spese per la badante o per persone che aiutano nell'assistenza familiare durante il ricovero, ad esempio di notte (1.743 milioni di euro). C'è poi il pagamento aggiuntivo a carico della famiglia per l'assistenza a domicilio (20 milioni di euro) o per altre spese di tipo assistenziale (pari a 239 milioni di euro). Si è dunque davanti ad un impegno sul piano dell'*out-of-pocket* pari a 13 miliardi di euro da parte delle famiglie per l'acquisto di prodotti e servizi sanitari e/o assistenziali, tenendo conto che le stesse famiglie hanno avuto sì accesso a strutture e prestazioni di tipo pubblico ma che hanno aggiunto delle proprie risorse o in via obbligatoria (come i ticket) o in via volontaria per ottenere prodotti e servizi migliori.

Si sottolinea, in conclusione, che le dichiarazioni dei *care-giver* sinora esaminate, per quanto concerne le spese *out-of-pocket* nel campo sanitario, comprendono 8.447 milioni di euro (su 9.929 totali) che rientrerebbero nel sistema sanitario nazionale attraverso le tante forme di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti: il che farebbe lievitare indirettamente le risorse del Fondo Sanitario Nazionale di 8,4 miliardi di euro, portando il relativo importo del 2016 da 113,8 miliardi di euro a 122,2 miliardi di euro.

Naturalmente va dato conto che ci può essere qualche distorsione nei dati raccolti – via indagine di campo – utilizzando le dichiarazioni dei *care-giver*, soprattutto per la difficoltà di ricordarsi – da parte degli intervistati – di tutte le spese *out-of-pocket* effettivamente sostenute. A questo si può aggiungere qualche imprecisione di attribuzione delle spese alle singole voci. Ma nell'insieme è più facile essere in presenza di un sottodimensionamento che non di un sovradimensionamento della spesa reale¹.

¹ In ogni caso è stato effettuato anche un confronto tra le spese stimate sulla base delle dichiarazioni fornite dai *care-giver* intervistati e quelle che risultano dai dati ministeriali

Le differenti spese medie per famiglia a seconda dei diversi sottocampioni considerati attraverso i vari incroci, con riferimento a quel 77,4% dei rispondenti che dichiarano di aver sostenuto una o più spese, sono contenute nelle *Tabelle A3, B3 e C3 dell'Allegato statistico*: in ogni caso è abbastanza evidente che esiste una correlazione positiva, rispetto alla spesa media, da parte dei *care-giver* intervistati che hanno un livello socioeconomico e un titolo di studio più elevato, da quelli che appartengono ad una famiglia più estesa e che hanno un'età più matura.

Nel questionario rivolto ai *care-giver* si è posta poi una seconda domanda, concernente in questo caso le eventuali spese *out-of-pocket* sostenute dalle famiglie negli ultimi dodici mesi per l'accesso a prodotti e/o a servizi sanitari e socioassistenziali che hanno a che fare con strutture private, con professionisti e collaboratori privati e quindi con un pagamento pieno *out-of-pocket* da parte delle famiglie stesse. I risultati in tal caso sono quelli contenuti nelle successive tabelle 4 e 5.

Nella tabella 4 si vede come in questo caso sia il 66,7% degli intervistati che dichiarano di aver sostenuto delle spese *out-of-pocket* rispetto al 77,4% del caso precedente (di cui alla tabella 2).

Va detto che il profilo dei *care-giver* che ammettono di aver sostenuto delle spese *out-of-pocket* superiori, rispetto alla media del campione, per l'acquisizione di prodotti e servizi sul mercato sono soprattutto:

- coloro che dichiarano di far parte di una famiglia costituita da un solo componente (69,1%), i *care-giver* che si trovano collocati ad un livello socioeconomico alto e/o medio-alto o almeno medio (67,8% e 69,9%, rispettivamente), nonché le persone che risultano in possesso di un elevato livello di istruzione (72,9%) e coloro che dichiarano di aver utilizzato negli ultimi dodici mesi una clinica privata a pagamento (82,1%), come viene messo in evidenza dalla *Tabella A4 dell'Allegato statistico*;
- le persone che si trovano nella fascia di età intermedia e cioè tra i 35 e i 54 anni (70,3%), quelle residenti nel Nord-Est (71,7%) e quelle che risiedono nei Comuni con più di 100 mila abitanti (72,9%), come mostra la *Tabella B4 dell'Allegato statistico*;
- e infine anche i *care-giver* che si dichiarano sostanzialmente soddisfatti dei servizi sociosanitari della propria Regione (71,3%), ma anche coloro che si dichiarano scarsamente soddisfatti dell'esperienza avuta presso

disponibili (nel caso dei ticket e delle spese per prestazioni *intramoenia* negli ospedali pubblici). Come pure si è proceduto ad integrare le spese per badanti attraverso un apposito calcolo. Il tutto è stato riportato nel capitolo 1 degli Allegati.

ospedali pubblici od ospedali privati accreditati (84,8% e 84,1%, rispettivamente), nonché coloro che si sono rivolti – come è ovvio – a delle cliniche private (91,9%) e, tanto più, gli intervistati che hanno utilizzato sempre cliniche private a pagamento proprio per i disagi che hanno incontrato in precedenza nelle strutture pubbliche (90,7%), come illustra la *Tabella C4 dell'Allegato statistico*).

Tab. 4 – Care-giver che dichiarano di aver sostenuto o non sostenuto, per sé e/o per altri membri della famiglia, delle spese negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai servizi sanitari e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno (val. %)

<i>Risposta</i>	<i>%</i>
– Sostenute	66,7
– Non sostenute	33,3
Totale	100,0
v.a.	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Anche nella successiva tabella 5 sono state suddivise le spese in due sezioni, quella relativa ai servizi sanitari e quella relativa ai servizi socioassistenziali.

Come si può vedere:

- a) nella prima sezione della tabella 5, dedicata alle spese *out-of-pocket* per l'acquisizione di servizi e di prodotti di tipo sanitario, si è davanti ad un importo calcolato in 16.496 milioni di euro, in cui le poste più importanti sono rappresentate, in ordine decrescente:
- dalle spese per cure dentarie (7.019 milioni di euro);
 - dalle spese per l'acquisto di farmaci senza prescrizione medica (2.010 milioni di euro);
 - dalle spese per l'acquisto di protesi e di attrezzature sanitarie (1.944 milioni di euro);
 - dalle spese per l'acquisto di farmaci per i quali è obbligatoria la prescrizione medica ma il cui costo non viene assunto dal sistema sanitario nazionale (1.096 milioni di euro), a cui si aggiungono quelle relative all'approvvigionamento di farmaci via web (136 milioni di euro);
 - dalle spese per visite specialistiche private o presso il proprio medico di base al di fuori degli orari di ricevimento (828 milioni di euro);
 - dalle spese per infermieri, fisioterapisti, agopuntori, podologi, psicologi, psicanalisti (728 milioni di euro);
 - dalle spese per l'effettuazione di accertamenti diagnostici (710 milioni di euro);

- dalle spese per ricovero vero e proprio presso cliniche private (681 milioni di euro), a cui si aggiungono le spese per l'accesso in day hospital privato (104 milioni di euro), le spese per l'accesso al Pronto Soccorso privato (12 milioni di euro) e le spese per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture private a pagamento situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero (236 milioni di euro);
 - dalle spese per l'effettuazione di analisi cliniche presso i laboratori (620 milioni di euro);
 - a cui si aggiungo le spese per acquisto di articoli sanitari (372 milioni di euro);
- b) mentre per le spese afferenti alla seconda categoria e cioè a quelle per l'attività assistenziale si è davanti a 2.494 milioni di euro complessivi, le cui poste principali fanno capo:
- alle spese per le badanti (1.280 milioni di euro);
 - alle spese per ricoveri di anziani e/o di disabili in RSA private (407 milioni di euro);
 - alle spese per l'assistenza a domicilio dei pazienti (194 milioni di euro);
 - alle spese per cure termali, ginnastica correttiva, servizi di ambulanza (97 milioni di euro);
 - ad altre spese (26 milioni di euro);
 - mentre al tutto si aggiungono le spese per la sottoscrizione di polizze sanitarie individuali, familiari, aziendali, ecc. (490 milioni di euro).

Anche nel caso delle spese per il ricorso al mercato privato dei prodotti e dei servizi sanitari e socioassistenziali si può avere un'idea più precisa di quali intervistati abbiano speso di più rispetto al valore medio rilevato per l'insieme delle famiglie, consultando le *Tabelle A5 e B5 dell'Allegato statistico*.

Pertanto è anche possibile chiedersi se e quanto le spese *out-of-pocket* delle famiglie (per compartecipazione e/o per integrazione) si sovrappongano a quelle sostenute per l'accesso a prodotti e/o a servizi del tutto privati a pagamento.

La tabella 5A ci ricorda in proposito che:

- a) più di 3/4 dei *care-giver* (77,4%) dichiara di aver sostenuto una e/o più spese sanitarie e/o assistenziali pur utilizzando strutture e servizi pubblici e, in parallelo, 2/3 (66,7%) degli stessi *care-giver* ha ulteriormente dichiarato di aver sostenuto una e/o più spese sanitarie e/o assistenziali rivolgendosi a strutture, prodotti e servizi di tipo privato a pagamento;

Tab. 5 – Spese out-of-pocket sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai prodotti e ai servizi di tipo sanitario e di tipo assistenziale privati a pagamento pieno (val. %)

Tipologia di spese		% di famiglie che hanno sostenuto la spesa indicata	Importo medio della spesa (in euro)	Stima del numero di famiglie coinvolte (in migliaia) ¹	Stima delle spese totali out-of-pocket (in mil. di euro) ²
SPESE PER SERVIZI E PRODOTTI SANITARI					
-	Spese per l'acquisto di farmaci senza prescrizione medica (compresi prodotti omeopatici e non tradizionali, integratori, vitamine, ecc.)	47,8	163	12.331	2.010
-	Spese per l'acquisto di farmaci per i quali è obbligatoria la prescrizione medica, ma il cui costo non viene assunto dal sistema sanitario nazionale	33,2	128	8.565	1.096
-	Spese effettuate via web per l'acquisto di farmaci, per poter risparmiare in quanto sono troppo costosi o perché non vengono assunti come onere dal sistema sanitario nazionale	4,3	123	1.109	136
-	Spese per articoli sanitari (siringhe, cerotti, termometri, fasce elastiche, ecc.)	26,2	55	6.759	372
-	Spese per l'effettuazione di analisi cliniche presso i laboratori, effettuate privatamente	15,7	153	4.050	620
-	Spese per l'effettuazione di accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza magnetica, PET, ecc.) effettuati privatamente	14,8	186	3.818	710
-	Spese per visite specialistiche private o presso il proprio medico di base al di fuori degli orari di ricevimento	13,6	236	3.508	828
-	Spese per infermieri, fisioterapisti, agopunturisti, podologi, psicologi, psicanalisti, ecc.	5,7	495	1.470	728
-	Spese per cure dentarie	30,4	895	7.842	7.019
-	Spese per l'accesso al Pronto Soccorso privato	0,4	113	103	12
-	Spese per interventi in day hospital privato	0,9	448	232	104
-	Spese per ricovero (cure, interventi chirurgici e riabilitazione) presso cliniche private	1,3	2.034	335	681
-	Spese sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)	11,2	673	2.889	1.944
-	Spese per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture private a pagamento pieno, situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero	0,8	1.145	206	236
					16.496

./.

(Segue) Tab. 5 – Spese out-of-pocket sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai prodotti e ai servizi di tipo sanitario e di tipo assistenziale privati a pagamento pieno (val. %)

Tipologia di spese	% di famiglie che hanno sostenuto la spesa indicata	Importo medio della spesa (in euro)	Stima del numero di famiglie coinvolte (in migliaia) ¹	Stima delle spese totali out-of-pocket (in mil. di euro) ²
SPESE PER SERVIZI ASSISTENZIALI				
– Spese per l'assistenza a domicilio dei pazienti, sostenute interamente in via privata	0,6	1.254	155	194
– Spese per cure termali, ginnastica correttiva, servizio di ambulanza	1,8	210	464	97
– Spese per ricoveri di anziani e/o di disabili in RSA private	0,3	5.723	77	407
– Spese per la badante	0,8	6.215	206	1.280
– Spesa complessiva per la sottoscrizione di polizze sanitarie individuali, familiari, aziendali/interaziendali, di fondi integrativi sanitari, ecc.	2,8	678	722	490
– Altre spese	0,6	169	155	26
Totale generale	66,7	1.104³	17.207	18.990
– Percentuale e numero di famiglie che hanno dichiarato di non aver sostenuto alcuna spesa	33,3	-	8.590	-
Totale care-giver che hanno dichiarato di aver sostenuto una e/o più spese (66,7% del totale del campione)	1.334	-	-	-
Numero risposte ottenute dai care-giver intervistati	4.264	-	-	-
Numero medio di risposte per intervistato	3,2	-	-	-
Totale campione	2.000	-	-	-

(1) È stata applicata la percentuale della prima colonna al totale delle famiglie italiane, pari a 25,797 milioni di famiglie residenti (fonte: Istat, "Indagine sulle spese per consumi delle famiglie").

(2) Sono stati moltiplicati i valori della seconda con quelli della terza colonna.

(3) Importo medio ponderato della spesa per famiglia.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. 5A – Incidenza % dei care-giver che dichiarano di aver sostenuto o meno, per sé e/o per altri membri della famiglia, una e/o più spese con riferimento all'accesso ai servizi pubblici e all'accesso ai servizi privati a pagamento

Spese sostenute dalle famiglie per prodotti e servizi privati a pagamento pieno	Spese di compartecipazione e/o integrative, sostenute dalle famiglie che hanno avuto accesso ai servizi pubblici	
	I o più spese sostenute	Nessuna spesa sostenuta
– Hanno sostenuto	81,2	17,2
– Non hanno sostenuto	18,8	82,8
Totale	100,0	100,0
V.a.	1.547	452
– % famiglie che hanno o non hanno sostenuto una o più spese di compartecipazione e/o integrativo per l'accesso ai servizi pubblici	77,4	22,6
– % famiglie che hanno o non hanno sostenuto una o più spese per l'accesso a prodotti e servizi di tipo privato a pagamento pieno	66,7	33,3

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

b) ma è anche vero che l'81,2% (del 77,4% indicato) che si è rivolto al pubblico ha *anche* sostenuto spese, acquistando prodotti e servizi nel privato; mentre il 17,2% (del restante 22,6% indicato) ha utilizzato qualche servizio e/o prodotto di mercato pur non avendo speso assolutamente nulla per quanto riguarda i servizi pubblici.

Si può dunque affermare che gran parte (l'81,2%) di coloro che accedono al pubblico accedono anche al privato. Mentre i *care-giver* che dichiarano di non aver speso nel pubblico, non spendono nemmeno nel privato (e questo si verifica nell'82,8% dei casi).

Inoltre due ulteriori tabelle forniscono altre informazioni più precise sulle correlazioni possibili tra spese *out-of-pocket* connesse ai servizi pubblici e ai servizi privati di tipo sanitario.

La prima (tab. 5B) incrocia le dichiarazioni dei *care-giver* che hanno avuto accesso per sé o per altri membri della famiglia ai servizi pubblici per la salute ma che hanno anche utilizzato i servizi di mercato (essendo dunque parte di quell'81,2% richiamato nella tabella 5A). L'area evidenziata comprende la sovrapposizione delle tipologie di spesa più consistenti.

La tabella 5C dà invece conto di un altro incrocio, ma questa volta condotto tutto all'interno dei *care-giver* che hanno dichiarato di aver utilizzato uno e/o più servizi pubblici: mettendo in relazione tutte le componenti di spesa tra loro. Anche in tal caso l'area evidenziata mostra le correlazioni più consistenti tra le spese sostenute.

Tab. 5B – Famiglie che hanno sostenuto spese out-of-pocket per prodotti e servizi sanitari: incrocio tra le famiglie che hanno avuto accesso alle strutture pubbliche, ma sono ricorse anche a prestazioni private (v.a. e val. %)

Spese per l'accesso ai servizi sanitari pubblici													
	Ticket per farmaci	Ticket per analisi	Ticket per accertamenti diagnostici	Ticket per visite specialistiche	Ticket per l'accesso al Pronto Soccorso	Spese per visite specialistiche in intramoenia	Spese per eventuali interventi in day hospital in intramoenia	Spese sostenute per visite dal medico di base per prestazioni particolari	Spese per l'acquisto di protesi e altrezz. sanitarie	Spese per accomp. e assistenza dei pazienti in ospedali fuori dal territorio			
Totale	1.045 100,0	820 100,0	579 100,0	670 100,0	117 100,0	345 100,0	48 100,0	144 100,0	292 100,0	33 100,0			
Spese per l'acquisto di farmaci senza prescrizione medica (compresi prodotti omeopatici e non tradizionali, integratori, vitamine, ecc.)	804 76,9	619 75,5	434 74,9	497 74,2	90 77,2	260 75,5	24 51,0	118 81,7	223 76,4	23 69,3			
Spese per l'acquisto di farmaci per i quali è obbligatoria la prescrizione medica, ma il cui costo non viene assunto dal sistema sanitario nazionale	572 54,7	473 57,7	326 56,4	384 57,4	72 61,4	216 62,7	27 56,6	81 56,4	164 56,1	22 67,1			
Spese per cure dentarie	495 47,3	414 50,5	296 51,2	361 53,9	72 61,8	187 54,1	25 52,6	89 62,0	206 70,5	18 55,8			
Spese effettuate via web per l'acquisto di farmaci, per poter risparmiare in quanto sono troppo costosi o perché non vengono assunti come onere dal SSN	66 6,3	68 8,2	51 8,9	48 7,1	14 12,3	30 8,7	15 32,4	18 12,8	27 9,2	7 22,6			
Spese per articoli sanitari (siringhe, cerotti, termometri, fasce elastiche, ecc.)	456 43,6	392 47,9	302 52,1	317 47,3	72 61,9	188 54,4	27 57,4	87 60,7	168 57,7	21 64,0			
Spese per l'effettuazione di analisi cliniche presso i laboratori, effettuate privatamente	265 25,4	261 31,8	180 31,1	204 30,5	40 33,9	113 32,6	22 46,4	56 38,8	77 26,3	14 43,9			
Spese per l'effettuazione di accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza magnetica, PET, ecc.) effettuati privatamente	249 23,8	223 27,2	217 37,5	189 28,3	34 29,5	120 34,7	16 33,3	49 34,1	86 29,5	11 32,8			
Spese per visite spec. private o presso il proprio medico di base al di fuori degli orari di ricevimento	226 21,7	175 21,3	141 24,3	168 25,1	25 21,1	101 29,2	16 34,1	50 34,4	82 28,0	7 22,0			
Spese per infermieri, fisioterapisti, agopunturisti, podologi, psicologi, psicanalisti, ecc.	103 9,8	84 10,3	64 11,1	80 11,9	21 18,1	55 16,0	9 18,3	22 15,3	54 18,6	5 16,6			
Spese per l'accesso al Pronto Soccorso privato	7 0,7	6 0,7	5 0,9	5 0,7	5 4,6	4 1,3	2 3,5	5 3,1	7 2,3	2 5,0			

./.

(Segue) Tab. 5B – Famiglie che hanno sostenuto spese out-of-pocket per prodotti e servizi sanitari: incrocio tra le famiglie che hanno avuto accesso alle strutture pubbliche, ma sono ricorse anche a prestazioni private (v.a. e val. %)

	Spese per l'accesso ai servizi sanitari pubblici													
	Spese per l'accesso ai servizi sanitari privati a pagamento pieno							Spese per l'accesso ai servizi sanitari pubblici						
	Ticket per farmaci	Ticket per analisi	Ticket per accertamenti diagnostici	Ticket per visite specialistiche	Ticket per l'accesso al Pronto Soccorso	Spese per visite specialistiche in intramoenia	Spese per eventuali interventi in day hospital in intramoenia	Spese sostenute per visite dal medico di base per prestazioni particolari	Spese per l'acquisto di protesi e attrezz. sanitarie	Spese per accomp. e assistenza dei pazienti in ospedali fuori dal territorio				
Spese per interventi in day hospital privato	14 1,3	13 1,6	10 1,7	5 0,7	2 1,7	6 1,8	9 19,3	11 7,5	11 3,9	11 2,3				
Spese per ricovero (cure, interventi chirurgici e riabilitaz.) presso cliniche private	22 2,1	22 2,7	17 3,0	19 2,9	6 5,2	13 3,7	11 22,9	11 8,0	12 4,2	3 10,2				
Spese sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)	193 18,5	152 18,6	125 21,7	133 19,8	22 18,7	95 27,7	12 25,9	42 29,1	155 53,1	16 47,9				
Spese per l'accompagnamento e l'assist. del paziente presso strutt. private a pagamento pieno, situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero	12 1,2	12 1,5	5 0,9	13 1,9	4 3,5	7 2,1	1 1,2	3 1,9	8 2,8	12 35,2				

Fonte: indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. 5C – Famiglie che hanno sostenuto spese out-of-pocket per prodotti e servizi sanitari: incrocio tra tipologie di prestazioni e acquisto di servizi e di prodotti pur avendo fatto ricorso alle strutture e ai servizi pubblici (v.a. e val. %)

	Spese per l'accesso ai servizi sanitari pubblici											
	Ticket per farmaci			Ticket per analisi			Ticket per accertamenti diagnostici			Ticket per visite specialistiche		
	1.270	979	671	791	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	128	367	52
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
Ticket per i farmaci ed eventualmente per il pagamento della differenza tra il costo di quelli generici rispetto a quelli non generici		831	585	683	106	316	36	132	279	33		
		84,9	87,1	86,4	83,1	85,9	68,9	83,9	88,8	87,2		
Ticket per l'effettuazione di analisi presso i laboratori	831		551	638	105	290	34	118	226	30		
	65,4		82,0	80,8	81,8	78,9	64,9	75,3	71,9	79,5		
Ticket per accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza magnetica, PET, ecc.)	585	551		488	73	231	32	88	174	20		
	46,0	56,2		61,7	57,5	63,0	60,8	56,0	55,5	53,3		
Ticket per visite specialistiche	683	638	488		86	254	31	99	203	25		
	53,8	65,2	72,6		67,4	69,2	60,2	62,7	64,7	66,8		
Ticket per l'accesso al Pronto Soccorso	106	105	73	86		49	11	34	43	7		
	8,4	10,7	10,9	10,9		13,3	20,2	21,8	13,8	19,2		
Spese per visite specialistiche effettuate in intramoenia (cioè nelle strutture ospedaliere pubbliche, pagando la visita)	316	290	231	254	49		23	72	134	15		
	24,8	29,6	34,5	32,1	38,2		43,5	45,5	42,7	40,0		
Spese aggiuntive, rispetto a quanto fornito dal sistema sanitario pubblico, sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzi. sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)	279	226	174	203	43	134	17	67		22		
	22,0	23,1	26,0	25,7	33,8	36,6	32,8	42,6		57,7		
Spese per eventuali interventi in day hospital in intramoenia (cioè nelle strutture pubbliche, ma pagando l'intervento)	36	34	32	31	11	23		18	17	7		
	2,8	3,5	4,7	4,0	8,3	6,2		11,4	5,4	19,5		
Spese sostenute per visite presso il proprio medico di base per prestazioni particolari (come il rilascio di certificazioni, la somministrazione di vaccinazioni o altro)	132	118	88	99	34	72	18		67	11		
	10,4	12,1	13,1	12,5	26,8	19,5	34,4		21,3	30,0		
Spese sostenute per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture pubbliche situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero	33	30	20	25	7	15	7	11	22			
	2,6	3,1	3,0	3,2	5,7	4,1	14,1	7,2	6,9			

Fonte: Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

A questo punto è possibile operare un confronto – sia pure di massima – tra il totale delle spese *out-of-pocket* dichiarate dai *care-giver* e quelle richiamate nella precedente tabella 1 di fonte Istat.

Nella tabella 5D è stato esplicitato tale confronto, riclassificando innanzitutto l'insieme delle spese sanitarie *out-of-pocket* elencate per l'appunto nelle precedenti tabelle 3 e 5. Tale riclassificazione è stata effettuata nella maniera più coerente possibile rispetto alle tipologie indicate dall'Istat: il risultato sarebbe quello di 26.425 milioni di euro (secondo i calcoli effettuati sulla base delle dichiarazioni dei *care-giver*) contro i 35.681 milioni di euro (di derivazione Istat).

Naturalmente esistono delle differenze dovute innanzitutto al tipo di prodotti e di servizi rilevati nell'uno e nell'altro caso. Ma a questo si aggiunge – come già si è ricordato – l'influenza in meno a causa dell'“effetto memoria”, nel senso che non è sempre facile ricordare da parte degli intervistati l'insieme delle spese effettivamente sostenute negli ultimi dodici mesi per le numerose poste indicate nelle due domande che stanno alla base rispettivamente delle tabelle 3 e 5.

In ogni caso la distribuzione percentuale delle sottocomponenti di spesa per i consumi sanitari individuati dall'Istat presenta una certa coerenza con quella calcolata in base dell'indagine sui *care-giver*. Il risultato è che la componente “prodotti medicinali + articoli sanitari + materiale terapeutico” rappresenterebbe il 35,1% secondo i calcoli effettuati contro il 38,0% dell'Istat. Per i servizi ambulatoriali e per quelli ospedalieri esiste qualche differenza in più per i primi e qualche differenza in meno per i secondi: 55,6% contro 48,0% e 9,3% contro 14,0%. Ma la somma delle due è a tutti gli effetti molto prossima (64,9% per i *care-giver* e 62,0% per l'Istat).

Tuttavia nell'indagine condotta sui *care-giver* sono state anche esplorate le spese *out-of-pocket* destinate all'assistenza (5.604 milioni di euro, calcolando nel loro insieme i relativi valori presenti nelle tabelle 3 e 4), che però sono stati opportunamente aumentati a seguito di un'apposita stima integrativa per quanto riguarda il costo reale delle badanti siano esse regolari o irregolari (7.684 milioni di euro)².

² Cfr. capitolo 1 degli Allegati per verificare le procedure di calcolo utilizzate per ricomporre le spese contenute nelle tabelle 3 e 5 oltre che per stimare il numero e il costo delle badanti in Italia. Quanto viene riportato in proposito nelle tabelle 3 e 5 risulta evidentemente sottodimensionato rispetto alla realtà effettiva, probabilmente per qualche “resistenza” nel dichiarare tali spese vista, tra l'altro, la forte componente di badanti senza contratto regolare. Peraltro è anche il caso di ricordare che non è stato stimato il risultato del contenzioso che spesso nasce dal rapporto tra la famiglia e le badanti, specie se non regolarizzate (ma anche se regolarizzate a causa di prestazioni maggiori fornite rispetto a quanto dichiarato all'Inps, con frequenti ricorsi intrapresi dalle badanti stesse).

Tab. 5D – Confronto sui dati aggregati di spesa delle famiglie in campo sanitario e assistenziale

Spese delle famiglie italiane per sanità e assistenza	Istat 2016 ¹		Indagine care-giver 2017 ²	
	In mil. di euro	Val. %	In mil. di euro	Val. %
Spese per consumi sanitari, di cui:	35.681³	100,0	26.425	100,0
– Prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	13.557	38,0	9.293	35,1
– Servizi ambulatoriali	17.135	48,0	14.685	55,6
– Servizi ospedalieri	4.989	14,0	2.447	9,3
Spese per l'assistenza	n.d.	n.d.	5.604	100,0
Spese integrative (sulla base del costo reale delle badanti)	n.d.	n.d.	7.684	100,0
Totale spese per sanità e assistenza	n.d.	n.d.	39.713	100,0

(1) Fonte: Istat, *Spese per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti a prezzi correnti*.

(2) Cfr. tabelle 3 e 5, Parte terza, con riferimento alle famiglie residenti e capitolo 1 degli Allegati, nel quale vengono esplicitate le modalità di ricomposizione dei valori esposti nelle due tabelle menzionate.

(3) Le spese per consumi sanitari totali, al netto delle famiglie non residenti e la spesa per consumi finali nel resto del mondo delle famiglie residenti rappresentano il 5,4% della spesa totale delle famiglie. Detraendo perciò la stessa percentuale da 35.681 milioni di euro indicati nella tabella si arriverebbe ad una cifra pari a 33.754 milioni di euro.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Comunque è il caso di sottolineare come la stima complessiva delle spese sanitarie e socioassistenziali delle famiglie, calcolata sulla base delle dichiarazioni fornite dai *care-giver* nell'apposita indagine, sia molto prossima ai 40 miliardi di euro nel 2016.

A conclusione del presente paragrafo va ricordato che le spese *out-of-pocket* delle famiglie potrebbero essere classificate attraverso tre tipologie, definibili come:

- spese di tipo “contributivo”, nel senso che le famiglie sono chiamate a contribuire – tipicamente attraverso i ticket o altre forme di compartecipazione – al costo della prestazione;
- spese di tipo “integrativo”, nel senso che le famiglie accedono *anche* a beni o a servizi acquistati sul mercato privato, per molte ragioni (perché ritenuti migliori, perché non ottenibili nei tempi o nei modi ritenuti utili, ecc.);
- e spese di tipo “alternativo”, nel senso che le famiglie possono scegliere servizi di puro mercato a pagamento pieno.

Pertanto si è cercato di misurare – attraverso un'apposita domanda del questionario – anche la presenza di un fenomeno inverso rispetto alla spesa e cioè quello di un eventuale flusso di contributi o rimborsi provenienti dal sistema sanitario pubblico. Nella tabella 6 si vede come risultino interessate in questo caso il 5,2% delle famiglie che dichiarano, attraverso il *care-giver*, di aver potuto godere di tale sostegno.

Quanto alla tipologia di contributi e/o rimborsi ottenuti (mediamente 1,1 per ogni famiglia appartenente al suddetto 5,2%) la tabella 7 risulta più precisa in proposito.

Tab. 6 – Eventuali contributi e/o rimborsi ricevuti dal care-giver e/o dai membri della famiglia da parte del sistema sanitario regionale (val. %)

Risposta	%
– Hanno ricevuto contributi e/o rimborsi	5,2
– Non hanno ricevuto contributi e/o rimborsi	94,8
Totale	100,0
v.a.	2.000

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. 7 – Specifica degli eventuali contributi e/o rimborsi ricevuti da parte del sistema sanitario regionale (val. %)

Contributi o rimborsi	%
– Sì, un assegno di cura con cui viene aiutato l'impegno economico della famiglia	22,5
– Sì, contributi per spese di accompagnamento in centri specializzati per la cura o per l'assistenza	23,6
– Sì, rimborsi per il ricorso a visite specialistiche in altre Regioni, qualora i tempi di attesa siano troppo lunghi nella Regione di appartenenza	29,3
– Sì, altro	33,5
v.a.	103

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

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

1.3. Le ragioni del ricorso all'*out-of-pocket*

L'utilizzo delle risorse economiche familiari (*out-of-pocket*) per accedere a prestazioni di tipo sanitario trova una larga serie di motivazioni da parte dei *care-giver*, che però presentano un livello di importanza diverso al loro interno (tab. 8).

Per essere più precisi:

- a) le prime quattro in ordine di importanza toccano alcuni aspetti emblematici del rapporto tra pazienti e Servizio Sanitario Nazionale:
 - la prima riguarda la presenza di liste di attesa troppo lunghe per effettuare analisi, accertamenti diagnostici, visite specialistiche o ricoveri e si colloca al 1° posto (col 46,5% di addensamento di risposte);
 - la seconda concerne la necessità di acquistare direttamente i farmaci per i quali non è più prevista la prescrizione da parte del sistema sanitario nazionale o perché è più rapido comprarli direttamente in farmacia senza dover mettersi in coda per ottenere la prescrizione presso il medico di base (2° posto, col 31,7% di addensamento di risposte);
 - la terza è legata all'esplicita scelta di rivolgersi al medico o allo specialista di cui ci si fida (3° posto, col 28,7% di addensamento di risposte);
 - ed infine la quarta ha a che fare con le difficoltà burocratiche che si debbono affrontare presso le strutture pubbliche per poter effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti, ecc. (4° posto, col 13,0% di addensamento di risposte);
- b) seguono poi una serie di motivazioni legate specificamente all'organizzazione ospedaliera (ma con un'intensità minore di adesioni rispetto alle motivazioni precedenti). Esse riguardano:
 - l'organizzazione non adeguata dei servizi ospedalieri pubblici (5° posto, col 7,8% di addensamento di risposte);
 - la professionalità non sempre adeguata degli operatori infermieristici (6° posto, col 7,3% di addensamento di risposte);
 - la professionalità non sempre adeguata degli operatori medici (7° posto, col 6,5% di addensamento di risposte);
- c) vengono poi indicate altre motivazioni aventi intensità via via minore: la non sufficiente qualità del rapporto umano col paziente (8° posto, col 3,7% di addensamento di risposte); la scarsa qualità dei servizi di ospitalità (2,3%), la riduzione eccessiva dei giorni di ricovero rispetto alle esigenze dei pazienti (1,7%) o ancora la scarsa assistenza nel passaggio dal ricovero ospedaliero alle prestazioni mediche e socioassistenziali una volta che i pazienti sono stati dimessi dalle strutture pubbliche (1,6%).

In ogni caso ogni *care-giver* intervistato adduce mediamente 1,6 motivazioni tra quelle elencati nella tabella 8.

Tab. 8 – Le ragioni dichiarate dal care-giver per le spese out-of-pocket sostenute per se stesso e/o per altri membri della famiglia (val. %)

<i>Ragioni</i>	<i>%</i>
– Per la presenza di liste di attesa troppo lunghe per analisi, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, ricoveri, ecc.	1° 46,5
– Perché certi farmaci non vengono più prescritti o perché è più rapido comprarli direttamente in farmacia senza dover fare code dal medico di base per la prescrizione	2° 31,7
– Per potersi rivolgere al medico/specialista di cui ci si fida	3° 28,7
– Per le difficoltà burocratiche da affrontare presso le strutture pubbliche per poter effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti, ecc.	4° 13,0
– Per una non adeguata organizzazione dei servizi ospedalieri pubblici	5° 7,8
– Per la non sempre adeguata professionalità media degli operatori infermieristici	6° 7,3
– Per la non sempre adeguata professionalità media degli operatori medici	7° 6,5
– Per la non sufficiente qualità del rapporto umano col paziente	8° 3,7
– Per la scarsa qualità dei servizi di ospitalità (camere, pasti, visite, ecc.)	9° 2,3
– Per la riduzione eccessiva dei giorni di ricovero rispetto alle esigenze dei pazienti	10° 1,7
– Per la scarsa assistenza nel passaggio tra il ricovero in ospedale e le prestazioni mediche e socioassistenziali una volta dimessi dalle strutture pubbliche	11° 1,6
– Altro	9,9
V.a. rispondenti	2.000
V.a. risposte	3.220
Numero medio di risposte per intervistato	1,6

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

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Le differenze di valutazione all'interno del campione dei *care-giver* rispetto alle ragioni più importanti che stanno alla base del ricorso all'*out-of-pocket* vengono illustrate dalle *Tabella A8 e B8 dell'Allegato statistico*.

2. La persistenza dei rimandi e/o delle rinunce alle cure

2.1. L'accumulo del fenomeno negli ultimi tre anni

La concorrenza di più fattori ha spinto (talvolta anche in maniera consistente) i *care-giver* a rimandare e/o a rinunciare ad alcune prestazioni.

Tale comportamento è stato adottato dallo stesso *care-giver* in quanto paziente e/o da altri membri della famiglia nel corso dell'anno 2017, secondo le modalità illustrate nella tabella 9¹.

Come si può verificare dai dati:

- a) il rimando ha interessato il 20,3% del totale degli intervistati che hanno per l'appunto rimandato una o più prestazioni nel corso del 2017 (cfr. 1^a colonna): il che vuol dire che tale comportamento si riferisce in media a 2,2 prestazioni per famiglia. Ma se si entra nel merito di quelle elencate nella prima colonna della tabella 9 si vede che il rimando ha interessato soprattutto le visite specialistiche (9,0% dell'intero campione), le cure dentarie (8,5%), gli accertamenti diagnostici (6,9%) e le analisi di laboratorio (5,6%). Mentre percentuali più ridotte riguardano i tipi di prestazione elencati in successione decrescente dopo quelli appena menzionati;
- b) se poi si considera il fenomeno delle rinunce la quota di intervistati che risultano coinvolti per una o più prestazioni investe il 14,6% dell'intero campione e anche in tal caso ci si attesta tendenzialmente sulle prime quattro, richiamate nel precedente punto a) e cioè (cfr. 2^a colonna della tabella 9):
 - il 6,3% per le cure dentarie;
 - il 5,7% per le visite specialistiche;
 - il 4,7% per gli accertamenti diagnostici;

¹ La rilevazione su un campione nazionale di *care-giver* di 2.000 unità è stata effettuata nel corso del mese di settembre 2017.

- e il 3,8% per le analisi di laboratorio (e con la stessa intensità i ricoveri ospedalieri).

Seguono poi gli altri tipi di prestazione, ma con incidenze minori. Infine va anche ricordato che il numero medio di rinunce per famiglia è di 2,6 rispetto a 2,2 per i rimandi;

c) viceversa ha fatto ricorso a una o più prestazioni il 74,2% dell'intero campione, utilizzandone mediamente 4, con la seguente priorità (cfr. 3^a colonna della tabella 9):

- il 65,1% al medico di base;
- il 53,8% alle analisi di laboratorio;
- il 45,0% alle visite specialistiche;
- il 39,4% agli accertamenti diagnostici;
- il 34,3% alle cure dentarie;
- il 20,2% al Pronto Soccorso;
- il 14,5% ai ricoveri ospedalieri;
- e quindi seguono le altre prestazioni, con percentuali molto più contenute.

Tuttavia se si confronta il quadro dei rimandi e delle rinunce del 2017 con quello del 2016 (rilevato tramite un'analogia indagine condotta nel mese di settembre dello stesso anno) si può rilevare una certa accentuazione del fenomeno per quanto riguarda le prestazioni che seguono²:

<i>Rimandi</i>	<i>Sul totale campione 2016</i>	<i>Sul totale campione 2017</i>
– Visite specialistiche	7,0	9,0
– Cure dentarie	7,4	8,5
– Ricoveri ospedalieri	1,6	2,1
– Accesso al Pronto S.	1,1	2,0
– Ricorso al 118	1,0	1,7
<i>Rinunce</i>	<i>Sul totale campione 2016</i>	<i>Sul totale campione 2017</i>
– Visite specialistiche	4,1	5,7
– Cure dentarie	5,0	6,3
– Accertamenti diagnostici	4,0	4,7
– Analisi di laboratorio	2,5	3,8
– Ricorso al medico di base	1,0	1,9
– Assistenza a domicilio	2,3	2,8
– Ricoveri in RSA	2,0	2,6

² Sono stati messi a confronto alcuni dei dati su rimandi e rinunce presenti nella tabella 9 con i corrispondenti dati contenuti nella tabella 17, pag. 191 del Rapporto "Ospedali & Salute" 2016.

Tab. 9 – Rimandi, rinunce, accessi e nessun bisogno di accedere alle cure nell'anno 2017 da parte dei membri della relativa famiglia (val. %)

Prestazioni	Ho/Abbiamo dovuto rimandare		Ho/Abbiamo dovuto rinunciare		Ho/Abbiamo fatto ricorso a questa prestazione, senza dover rimandare o rinunciare		Non ho/Non abbiamo avuto bisogno di ricorrere a questa prestazione		Totale					
	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.				
- Ricorso a visite specialistiche	1°	9,0	180	2°	5,7	114	3°	45,0	900	8°	40,3	806	100,0	2.000
- Cure dentarie	2°	8,5	170	1°	6,3	126	5°	34,3	686	6°	50,9	1.018	100,0	2.000
- Ricorso ad accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza magnetica, ecc.)	3°	6,9	138	3°	4,7	94	4°	39,4	788	7°	49,0	980	100,0	2.000
- Ricorso ad analisi di laboratorio di vario tipo	4°	5,6	112	4°	3,8	76	2°	53,8	1.076	9°	36,8	736	100,0	2.000
- Ricorso al medico di base	5°	3,6	72	10°	1,9	38	1°	65,1	1.302	10°	29,4	588	100,0	2.000
- Ricorso a ricoveri ospedalieri	6°	2,1	42	5°	3,8	76	7°	14,5	290	4°	79,6	1.592	100,0	2.000
- Accesso al Pronto Soccorso	7°	2,0	40	8°	2,5	50	6°	20,2	404	5°	75,3	1.506	100,0	2.000
- Assistenza a domicilio	8°	1,8	36	6°	2,8	56	9°	5,9	118	2°	89,5	1.790	100,0	2.000
- Ricorso al 118	9°	1,7	34	9°	2,1	42	8°	8,5	170	3°	87,7	1.754	100,0	2.000
- Ricoveri in RSA	10°	1,4	28	7°	2,6	52	10°	4,9	98	1°	91,1	1.822	100,0	2.000
- Altro		1,2	24		2,2	44		2,3	46		94,3	1.886	100,0	2.000
V.a. intero campione		2.000			2.000			2.000			2.000		100,0	2.000
V.a. rispondenti che hanno rimandato/rinunciato/fatto ricorso/nessun bisogno ad una o più prestazioni		405			292			1.484			1.937			
% rispondenti che hanno rimandato/rinunciato/fatto ricorso/nessun bisogno ad una o più prestazioni		20,3			14,6			74,2			96,9			
V.a. rimandi/rinunce/ricorso/nessun bisogno		878			766			5879			14.477			
N. medio di rimandi/rinunce/ricorso/nessun bisogno per intervistato		2,2			2,6			4,0			7,5			

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

L'incidenza sui diversi sottocampioni circa il fenomeno dei rimandi e delle rinunce 2017 viene illustrato dalle *Tabelle A9 e B9 dell'Allegato statistico*.

Tuttavia vale la pena anche prendere in considerazione i dati contenuti nella tabella 9A che fornisce le percentuali di rimandi e/o di rinunce non sulla totalità del campione di *care-giver* (2.000 unità) che ha portato ai dati contenuti nella precedente tabella 9, bensì quelle relative al quadro degli “aventi bisogno” che comprendono – come si intuisce facilmente – le persone che hanno fatto effettivamente ricorso alle singole prestazioni + quelle che hanno dovuto rimandare + quelle che hanno dovuto rinunciare.

La tabella suddetta espone di conseguenza percentuali più elevate rispetto a quelle contenute nella tabella 9: il che però presenta il vantaggio di poter dare un'idea migliore della consistenza dei bisogni insoddisfatti.

Si vede in tal caso come:

- a) le percentuali relative ai rimandi sul totale degli “aventi bisogno” e cioè di coloro che hanno fatto effettivamente ricorso alla singola prestazione, coloro che hanno rinunciato e coloro che hanno rimandato diventino le seguenti (vengono indicate tra parentesi le percentuali calcolate sull'intero campione e riportate all'interno della tabella 9):
 - l'assistenza a domicilio: 17,5% (1,8%);
 - le cure dentarie: 17,3% (8,5%);
 - i ricoveri in RSA: 16,0% (1,4%);
 - il ricorso a visite specialistiche: 15,1% (9,0%);
 - il ricorso al 118: 14,0% (1,7%);
 - il ricorso ad accertamenti diagnostici: 13,5% (6,9%);
 - il ricorso a ricoveri ospedalieri: 10,5% (2,1%);
 - il ricorso ad analisi di laboratorio: 8,8% (5,6%);
 - l'accesso al Pronto Soccorso: 8,3% (2,0%);
 - il ricorso al medico di base: 5,1% (3,6%);
- b) per quanto riguarda le rinunce le percentuali calcolate sul totale degli “aventi bisogno” hanno interessato le seguenti prestazioni nella misura indicata (anche in tal caso tra parentesi viene indicata l'incidenza calcolata sul totale del campione come è stato calcolato nella tabella 9):
 - i ricoveri in RSA: 28,7% (2,6%);
 - l'assistenza a domicilio: 26,3% (2,8%);
 - i ricoveri ospedalieri: 18,5% (3,8%);
 - i ricorsi al 118: 16,9% (2,1%);
 - le cure dentarie: 12,8% (6,3%);
 - l'accesso al Pronto Soccorso: 9,9% (2,5%);
 - il ricorso a visite specialistiche: 9,5% (5,7%);

Tab. 9A – Bisogno di prestazioni, inteso come insieme di rimandi, di rinunce e di effettivo ricorso alle stesse prestazioni da parte del care-giver e/o dei membri della famiglia nell'anno 2017 (val. %)

Prestazioni	Rimandi		Rinunce		Ricorso		Rimandi + Rinunce + Ricorso		Rimandi + Rinunce		Totale	
	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.	Val. %	V.a.
– Assistenza a domicilio	1° 17,5	37	2° 26,3	55	9° 56,2	118	100,0	210	10,5	89,5	100,0	2.000
– Cure dentarie	2° 17,3	170	5° 12,8	126	7° 69,9	686	100,0	981	49,1	50,9	100,0	2.000
– Ricoveri in RSA	3° 16,0	29	1° 28,7	51	10° 55,3	99	100,0	179	8,9	91,1	100,0	2.000
– Ricorso a visite specialistiche	4° 15,1	180	7° 9,5	113	5° 75,4	900	100,0	1.194	59,7	40,3	100,0	2.000
– Ricorso al 118	5° 14,0	35	4° 16,9	42	8° 69,1	171	100,0	247	12,3	87,7	100,0	2.000
– Ricorso ad accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza magnetica, ecc.)	6° 13,5	138	8° 9,3	95	4° 77,2	788	100,0	1.021	51	49	100,0	2.000
– Ricorso a ricoveri ospedalieri	7° 10,5	43	3° 18,5	75	6° 71,0	290	100,0	408	20,4	79,6	100,0	2.000
– Ricorso ad analisi di laboratorio di vario tipo	8° 8,8	111	9° 6,1	77	2° 85,1	1.075	100,0	1.263	63,2	36,8	100,0	2.000
– Accesso al Pronto Soccorso	9° 8,3	41	6° 9,9	49	3° 81,8	404	100,0	494	24,7	75,3	100,0	2.000
– Ricorso al medico di base	10° 5,1	72	10° 2,7	38	1° 92,2	1.302	100,0	1.412	70,6	29,4	100,0	2.000
– Altro	21,1	24	39,2	45	39,7	45	100,0	114	5,7	94,3	100,0	2.000
V.a. intero campione	2.000		2.000		2.000							

Fonte: indagine *Ermeneia* – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. 9B – Rimandi e rinunce a singole prestazioni da parte dei care-giver e/o dei familiari nel 2017 e incidenza dei rimandi e/o rinunce nel 2016 e nel 2015 rispetto al 2017 (v.a. e. %)

Prestazioni	Rimandi + Rinunce 2017 rispetto a Rimandi + Rinunce + Ricorsi ¹		% rimandi e/o rinunce nel 2016 rispetto a rimandi + rinunce nel 2017 ²	% rimandi e/o rinunce nel 2015 rispetto a rimandi + rinunce nel 2017 ³
	%	V.a.		
– Cure dentarie	30,1	296	70,9	54,7
– Ricorso a visite specialistiche	24,6	293	64,2	49,8
– Ricorso ad accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza	22,8	233	60,3	44,4
– Ricorso ad analisi di laboratorio di vario tipo	14,9	188	59,0	42,6
– Ricorso al medico di base	7,8	110	63,6	42,7
– Ricorso a ricoveri ospedalieri	29,0	118	50,8	53,4
– Ricorso al 118	30,9	77	58,4	57,9
– Accesso al Pronto Soccorso	18,2	90	72,2	64,4
– Ricoveri in RSA	44,7	80	71,3	60,0
– Assistenza a domicilio	43,8	92	65,2	56,5
– Altro	60,3	69	42,0	43,5
v.a. del campione di intervistati	2.000		2.000	2.000
v.a. dei <i>care-giver</i> che hanno dichiarato di aver rimandato e/o rinunciato	535		400	330
a una o più prestazioni				
% di rimandi e/o di rinunce ad una o più prestazioni sul totale	26,8		20,0	16,5
Numero medio di rimandi e/o di rinunce ad una o più prestazioni	3,1		3,6	2,7

(1) Le percentuali rappresentano il rapporto tra il numero delle prestazioni rimandate + delle prestazioni rinunciate nell'anno 2017 sul totale degli aventi bisogno, come da precedente tabella 9A.

(2) Le percentuali rappresentano il rapporto tra il numero dei rimandi e/o delle rinunce alle singole prestazioni nel 2016 rispetto al numero dei rimandi + delle rinunce del 2017.

(3) Le percentuali rappresentano il rapporto tra il numero dei rimandi e/o delle rinunce alle singole prestazioni nel 2015 rispetto al numero dei rimandi + delle rinunce del 2017.

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

- il ricorso ad accertamenti diagnostici: 9,3% (4,7%);
- il ricorso ad analisi di laboratorio: 6,1% (3,8%);
- il ricorso al medico di base: 2,7% (1,9%).

È evidente che maggiore è la differenza tra le percentuali indicate in prima istanza (sul totale degli aventi bisogno) e le percentuali indicate tra parentesi tanto più elevato è il bisogno insoddisfatto.

La tabella 9B infine mette in correlazione, a seguito delle domande somministrate tramite questionario ai *care-giver*, se coloro che hanno rimandato e/o rinunciato alle singole prestazioni nell'anno 2017 abbiano anche adottato comportamenti analoghi negli anni 2016 e 2015.

Nella prima colonna della tabella 9B si riprendono i dati della prima e della seconda colonna della precedente tabella 9A, con le relative percentuali e valori assoluti che riguardano i rimandi e le rinunce rispetto al totale degli “aventi bisogno” (rimandi + rinunce + ricorsi), mentre nelle successive due colonne si effettua il rapporto tra rimandi e/o rinunce del 2016 su rimandi + rinunce del 2017, per ogni singola prestazione e così si è proceduto anche per l'anno 2015 rispetto al 2017).

I risultati evidenziano un'elevata ricorrenza di rimandi e/o rinunce nei due anni che precedono l'indagine del 2017, con una particolare concentrazione (tenuto conto anche del numero di risposte nel 2017) per le cure dentarie, seguito dalle visite specialistiche, dagli accertamenti diagnostici, dalle analisi di laboratorio, dal ricorso al medico di base e quindi dai ricoveri ospedalieri. Viene così ad essere confermato quel fenomeno di “accumulo” di rimandi e/o rinunce, che può influire in maniera particolarmente negativa sullo stato di salute delle persone.

2.2. Le ragioni (accentuate) dei rimandi e/o delle rinunce alle cure

Naturalmente rimandare e/o rinunciare alle cure significa anche dover prendere in considerazione una serie di ragioni che possono confermare – come si è sottolineato più volte negli ultimi rapporti – il progressivo logoramento – reale e percepito – del Servizio Sanitario Nazionale.

Nella tabella 10 vengono poste a confronto le suddette ragioni con riferimento a quanto è stato dichiarato dai *care-giver* nel 2017 ma anche nella precedente indagine del 2016.

I dati esposti mettono in evidenza tre tipi di fenomeni.

Il primo è quello legato alle difficoltà economiche familiari rispetto al pagamento dei ticket di vario genere e/o alle diverse forme di compartecipazione alla spesa delle prestazioni fornite dai vari sistemi sanitari regionali:

tale motivazione occupa il 1° posto nel 2017, col 48,8% di addensamento di risposte, come pure nel 2016 (54,6%).

Il secondo fenomeno ha a che fare con le disfunzionalità e/o con la riduzione (esplicita o implicita) dell'offerta di servizi del sistema pubblico di tutela della salute: le liste di attesa troppo lunghe (che vengono dichiarate da circa la metà degli intervistati), le difficoltà burocratiche per accedere alle prestazioni (1 intervistato su 7 in media), la diminuzione delle prestazioni offerte ai pazienti (tra 1 su 7 e 1 su 10), nonché il peggioramento delle medesime (ancora 1 su 10 o poco meno).

Il terzo fenomeno è che negli ultimi due anni considerati si assiste ad una graduale trasformazione delle ragioni che stanno alla base del rimando e/o della rinuncia alle cure che rappresenta per l'appunto un indicatore ulteriore del progressivo logoramento del Servizio Sanitario Nazionale: infatti mentre nel 2017 rispetto al 2016 diminuiscono le motivazioni legate alle difficoltà economiche familiari e quelle legate alle liste di attesa, crescono in parallelo le ragioni legate alla diminuzione delle prestazioni (dal 10,2% al 14,0%) nonché al peggioramento delle stesse (dall'8,9% al 10,0%). Fermo restando che ciascun *care-giver* esprime in media 1,4 ragioni che stanno alla base del rimando e/o della rinuncia alle cure in entrambi gli anni considerati.

Tab. 10 – Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)

<i>Risposta</i>	<i>2016¹</i>	<i>2017</i>
– Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	1° 54,6	1° 48,8
– Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	2° 52,1	2° 47,6
– Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	3° 15,8	3° 16,1
– La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	4° 10,2	4° 14,0
– Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	5° 8,9	5° 10,0
– Altre difficoltà	2,0	3,5
v.a. rispondenti	419	616
v.a. risposte	602	863
N. medio risposte per intervistato	1,4	1,4

(1) Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute/2016*, tabella 19/pag. 194.

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

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Quanto alle differenze tra i vari sottocampioni va detto che:

- a) le difficoltà economiche familiari incidono in maniera particolare – come è comprensibile – sulla fascia sociale medio-bassa e bassa, ma anche su coloro che dispongono di un titolo di studio di scuola secondaria superiore (61,9% e 52,1%, rispettivamente contro il 48,8% della media generale del

campione), come mostra la *Tabella A10 dell'Allegato statistico*; peraltro sono interessate anche le fasce di età più giovani oltre che gli intervistati che risiedono nel Centro Italia e nei comuni di maggiore dimensione (cfr. *Tabella B10 dell'Allegato statistico*);

- b) mentre le disfunzioni della macchina sanitaria pubblica vengono dichiarate in maniera più evidente rispetto alla media del campione soprattutto dai *care-giver* che hanno alle spalle una famiglia di 2-3 componenti, da coloro che vengono a collocarsi in un livello sociale medio e/o medio-alto, oltre che dalle persone con livello di studio più modesto (specie per quanto riguarda le liste di attesa e le difficoltà burocratiche): è il caso anche di sottolineare come il peggioramento delle prestazioni venga evidenziato dai soggetti socialmente meglio collocati che risultano – come è comprensibile – anche più critici (cfr. *Tabella A10 dell'Allegato statistico*). E tale percezione vale anche per le persone più anziane che hanno maggiori frequentazioni delle strutture sanitarie e quindi ne avvertono maggiormente debolezze e peggioramento così come gli intervistati residenti nel Mezzogiorno (cfr. *Tabella B10 dell'Allegato statistico*).

2.3. Il livello decrescente di soddisfazione rispetto ai servizi sanitari e socioassistenziali della Regione di residenza

Stante le ragioni dei rimandi e/o delle rinunce (di cui alla precedente tabella 10) alle quali si sommano quelle del ricorso all'*out-of-pocket* (illustrato dalla precedente tabella 8) è apparso logico raccogliere anche un giudizio di massima sul livello di soddisfazione/insoddisfazione rispetto ai servizi sanitari e socioassistenziali della Regione di residenza dei *care-giver* intervistati e, in particolare, rispetto al sistema ospedaliero: il tutto indipendentemente dal fatto che i *care-giver* e i relativi familiari abbiano o non abbiano avuto occasione di utilizzare tali servizi negli ultimi dodici mesi.

La tabella 11 non solo illustra le risposte ottenute nel 2017, ma mette anche a confronto queste ultime con quelle raccolte negli anni precedenti.

Come si può vedere:

- a) il rapporto soddisfatti/insoddisfatti per ciò che concerne i servizi sanitari e socioassistenziali scende dal 69,3%-21,3% del 2013 a 53,6%-32,2% del 2017, a conferma della progressiva riduzione dei servizi e/o degli accessi e del progressivo peggioramento dei servizi pubblici.

Ma l'insoddisfazione espressa nel 2017 sale ulteriormente rispetto al 32,2% che rappresenta la media del campione, per gli intervistati di livello socioeconomico basso e/o medio-basso, per le donne rispetto agli uomini

e soprattutto per i residenti nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese (cfr. *Tabelle A11 e B11 dell'Allegato statistico*);

- b) e analogamente il rapporto soddisfatti/insoddisfatti, per quanto riguarda gli ospedali della Regione di appartenenza, scende in soli due anni dal 69,4%-22,7% del 2016 a 56,1%-30,2% del 2017, con un'accentuazione dei giudizi di insoddisfazione per quest'ultimo anno (che risulta in media del 30,2%) per quanto riguarda anche in questo caso le persone di livello socioeconomico basso e/o medio-basso, nonché gli intervistati che sono residenti nel Centro-Sud rispetto al resto del Paese (cfr. *Tabelle A11 e B11 dell'Allegato statistico*).

Tab. 11 – Livello di soddisfazione espresso dal care-giver sui servizi sanitari e socioassistenziali presenti nella propria Regione nonché degli ospedali che vi operano (val. %)

Livello di soddisfazione		2013 ¹	2016 ¹	2017
<i>Servizi sanitari e socioassistenziali</i>				
– Molto soddisfatto		7,0	12,6	6,5
– Abbastanza soddisfatto		62,3	51,4	47,1
– Poco soddisfatto		17,8	21,0	22,3
– Per nulla soddisfatto		3,5	4,0	9,9
– Non saprei esprimere un giudizio		9,4	11,0	14,2
Totale		100,0	100,0	100,0
v.a.		2.000	2.000	2.000
<i>Ospedali della Regione di residenza</i>				
– Molto soddisfatto			14,7	8,6
– Abbastanza soddisfatto			54,7	47,5
– Poco soddisfatto			18,2	20,0
– Per nulla soddisfatto			4,5	10,2
– Non saprei esprimere un giudizio			7,9	13,7
Totale			100,0	100,0
v.a.			2.000	2.000

(1) Cfr. Ermenieia *Ospedali&Salute/2016*, tabella 12/pag. 183.

Fonte: *indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

3. Il peggioramento dei “sistemi di giunzione”

3.1. Una maggiore difficoltà al momento dell’accesso alle strutture ospedaliere

Un passaggio ulteriore del questionario *care-giver* riguardava le valutazioni delle difficoltà e i comportamenti reattivi da parte degli intervistati per quanto riguarda specificamente i flussi di ingresso, di permanenza e di uscita dal sistema ospedaliero, tenuto conto del fatto che già tre anni fa era stata effettuata una rilevazione analoga su questo specifico tema e quindi è possibile oggi registrare l’evoluzione delle opinioni dei *care-giver* a tale proposito.

Se si prende in considerazione l’argomento specifico dell’accesso alle strutture (tab. 12) è possibile verificare come l’aumento delle difficoltà sia evidente qualora si pongano a confronto i dati relativi ai due anni esaminati.

I *care-giver* che hanno dovuto affrontare negli ultimi dodici mesi il tema della scelta ottimale delle strutture ospedaliere per sé o per i membri della famiglia (e che rappresentano il 61% dell’intero campione) si sono trovati davanti ad una serie di difficoltà “molto + abbastanza importanti” nel 30% dei casi, con punte più elevate sino al 54,1%, ad esempio, per quanto riguarda la lunghezza delle liste di attesa.

Ma soprattutto è il caso di considerare come tutti i valori esposti per il 2017 nella prima colonna della tabella 12 siano significativamente più elevati (salvo un caso) rispetto a quelli relativi al 2014. Tanto per essere più precisi:

- a) il tema delle liste di attesa troppo lunghe in quanto non c’era posto in ospedale al momento in cui si è manifestato il bisogno del *care-giver* o di qualche membro della famiglia supera – come si è ricordato – più di metà degli intervistati nel 2017 (54,1%) contro meno della metà nel 2014 (24,2%); tutto ciò ha imposto di dover cambiare la struttura ospedaliera rispetto a quella ritenuta inizialmente più adatta per non dover attendere

Tab. 12 – Eventuali difficoltà affrontate negli ultimi dodici mesi al momento della scelta delle strutture ospedaliere cui rivolgersi per interventi chirurgici e/o per cure dal care-giver e/o da altri membri della famiglia (val. %)

Difficoltà	Difficoltà molto + abbastanza importante		Difficoltà poco importante		Nessuna difficoltà		Totale	
	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017
- Aver aspettato troppo a lungo (liste di attesa), poiché non c'era posto al momento del bisogno	24,2	54,1	16,3	17,5	59,5	28,4	100,0	100,0
- Trovare informazioni affidabili sull'ospedale, sui medici, sui servizi ospedalieri, al fine di poter scegliere la struttura maggiormente appropriata	29,7	38,2	19,9	23,7	50,4	38,1	100,0	100,0
- 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	17,8	16,9	58,2	46,0	100,0	100,0
- 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	18,1	20,8	54,6	46,3	100,0	100,0
- 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	20,5	18,5	41,6	51,3	100,0	100,0
- 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	19,8	15,5	55,6	58,3	100,0	100,0

(1) Cfr. *Ermeneia Ospedali&Salute/2014*, tabella 8/pag. 166.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

troppo rispetto alle esigenze di intervento o di cura (37,1% degli intervistati nel 2017 contro 24,0% nel 2014);

- b) trovare informazioni affidabili sull'ospedale, sui medici e sui servizi per poter individuare la struttura maggiormente appropriata ha rappresentato un problema serio per il 38,2% dei *care-giver* nel 2017 contro il 29,7% di tre anni prima; a questo si aggiunga il fatto che il medico di medicina generale non si è rivelato in grado di indirizzare il paziente verso l'ospedale più opportuno nel 32,9% dei casi nel 2017 contro 27,3% di tre anni prima;
- c) è poi interessante notare un paio di soluzioni che i *care-giver* hanno utilizzato per poter accedere, in un modo o nell'altro, al ricovero: la prima modalità è stata quella di utilizzare il Pronto Soccorso (o il 118) per poter sfruttare i motivi di urgenza, reali o presunti (ben 1 intervistato su 4 ha battuto questa strada sia nel 2014 che nel 2017); la seconda modalità è quella di aver utilizzato le conoscenze e le relazioni personali al fine di abbreviare l'attesa o di ottenere il ricovero del paziente in uno specifico reparto in cui era presente il medico di fiducia oppure per altre ragioni (30,2% nel 2017 contro 37,9% nel 2014);
- d) infine va anche sottolineato come esistano difficoltà poco importanti, ma tali comunque da aggiungersi a quelle sin qui esaminate: si può perciò affermare che i *care-giver* si suddividono in due parti più o meno analoghe: quelli che affermano di non aver trovato alcuna difficoltà e quelli che invece hanno dovuto affrontarne comunque, siano esse importanti o leggere.

Tutto ciò sta a significare che le “modalità di giunzione” che dovrebbero condurre in maniera maggiormente informata e assistita all'ingresso nell'ospedale ottimale da parte del paziente tendono a peggiorare nel tempo: il che fa pensare che si stia formando una sorta di “collo di bottiglia” tra aumento della domanda (non solo di tipo quantitativo ma anche qualitativo) e un certo razionamento di fatto nell'offerta di servizi ospedalieri.

L'illustrazione delle maggiori difficoltà, rispetto a quanto affermato dalla media del campione possono essere comprese più in dettaglio, consultando le *Tabelle A12 e B12 dell'Allegato statistico*.

3.2. L'esigenza insoddisfatta di “sentirsi al centro” come paziente

Si è poi voluto registrare quale sia stata la sensazione di un'effettiva “centralità del paziente” sulla base delle esperienze ospedaliere avute personalmente dai *care-giver* o dai membri della famiglia, sempre negli ultimi dodici

mesi. Ebbene, tenendo presente che mediamente 1 intervistato su 4 non ha saputo esprimere un giudizio in proposito, la parte restante ha permesso di effettuare anche in tal caso un confronto con le analoghe risposte ottenute nel 2014 (tab. 13).

I risultati sono abbastanza coerenti con quanto è emerso nel precedente paragrafo, dovendo così rilevare anche in questo caso un evidente peggioramento nel triennio, visto che:

- la sensazione di essere al centro dell’attenzione, prima delle esigenze del personale o dell’organizzazione, scende dal 39,6% del 2014 al 22,0% del 2017, diminuendo dunque in maniera drastica; e così la sensazione di essere messi al centro talvolta sì e talvolta no diminuisce comunque di 4 punti percentuali (passando dal 38,2% al 34,0%);
- al contrario cresce la sensazione opposta cioè quella di essere messi al centro “appena un po’” (dal 13,5% del 2014 al 22,3% del 2017) e – ancora di più – di non essere per nulla o quasi messi al centro dell’attenzione come pazienti, venendo prima le esigenze del personale e dell’organizzazione: in tal caso le dichiarazioni critiche tendono a raddoppiare, passando dall’8,7% al 21,7% nel triennio.

Tab. 13 – Sensazione o meno di essere “messi al centro come paziente” in occasione delle esperienze ospedaliere maturate negli ultimi dodici mesi dal care-giver e/o dagli altri membri della famiglia (val. %)

<i>Percezione della centralità come paziente</i>	<i>2014 *¹</i>	<i>2017 *</i>
– 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.)	39,6	22,0
– Entrare nell’ospedale ha dato la sensazione di essere messi al centro dell’attenzione come pazienti talvolta sì e talvolta no	38,2	34,0
– Entrare nell’ospedale ha dato la sensazione di essere messi al centro dell’attenzione come pazienti, ma solo appena un po’	13,5	22,3
– 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.)	8,7	21,7
Totale	100,0	100,0
v.a.	365	894

(*) Al netto delle mancate risposte.

(1) Cfr. Ermeneia *Ospedali&Salute*/2014, tabella 9/pag. 168.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

La scarsa sensazione di essere considerati adeguatamente come pazienti si accentua, rispetto alla media del campione, soprattutto nei *care-giver* appartenenti ad un livello socioeconomico di tipo medio, ma con un’istruzione

elevata, da quelli di età compresa tra i 35 e i 54 anni e soprattutto da coloro che hanno avuto esperienze ospedaliere nel Mezzogiorno rispetto al resto d'Italia oltre che nei Comuni che vanno oltre i 100 mila abitanti (cfr. *Tabelle A13 e B13 dell'Allegato statistico*).

La valutazione opposta cioè quella positiva di sentirsi effettivamente al centro come paziente cresce per i *care-giver* che si autocollocano all'interno di uno *status* sociale di tipo alto e/o medio-alto, da coloro che hanno avuto esperienze in strutture ospedaliere del Nord-Est rispetto al resto d'Italia e nei *care-giver* che si trovano a vivere nei Comuni minori, all'interno dei quali le relazioni umane contano ancora e si riflettono (in positivo) anche nei comportamenti e negli atteggiamenti degli operatori presenti negli ospedali locali di minore dimensione (cfr. *Tabelle A13 e B13 dell'Allegato statistico*).

Ma se si è avuta la sensazione di contare ancora meno come pazienti nel 2017 rispetto al 2014, quali sono stati gli ambiti di disagio maggiormente significativi avvertiti durante il periodo di ricovero e con quale intensità questi ultimi si sono manifestati?

Nella tabella 14 si trova una conferma netta dell'aumento del disagio, dichiarato dagli intervistati, da tre anni a questa parte, come è già emerso nella precedente tabella 13. Ma nel caso specifico il confronto quotidiano con gli operatori e con l'organizzazione ospedaliera fa sì che il peggioramento percepito sia più netto e consistente. Si va infatti (cfr. i giudizi "molto + abbastanza d'accordo" dei due anni considerati):

- da un incremento minimo di 3-7 punti percentuali sino ad un massimo di 14-21 punti percentuali in più nel 2017 rispetto al 2014, nel caso della valutazione dei rapporti con gli operatori;
- e da un incremento minimo di 1-6 punti percentuali sino ad un massimo di 10-15 punti percentuali in più nel 2017 rispetto al 2014, nel caso della valutazione dei rapporti con l'organizzazione ospedaliera;
- fermo restando che i disagi che hanno raccolto più del 50% dei consensi dei *care-giver* risultano quasi tutti concentrati nell'ambito delle relazioni con gli operatori, salvo quello che riguarda il disorientamento rispetto alla complessità dell'ospedale (come le gerarchie degli operatori, la conoscenza di ciò che si può o non si può fare, il non sapere a chi chiedere informazioni, ecc.).

Le differenze di valutazione derivanti dalle specifiche caratteristiche strutturali, di comportamento e di opinione del campione vengono illustrate dalle *Tabelle A14 e B14 dell'Allegato statistico*.

Tab. 14 – La debolezza delle “giunzioni” avvertita dal care-giver e/o da altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi durante il ricovero in ospedale (val. %)

Difficoltà		Molto + Abbastanza d'accordo		Poco + Per niente d'accordo		Non saprei esprimere un giudizio		Totale	
		2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017
		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	51,0	34,1	5,6	8,3	100,0	100,0
-	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	51,6	36,6	3,8	6,4	100,0	100,0
-	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	51,3	41,0	5,7	7,1	100,0	100,0
-	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	54,6	36,7	5,2	9,3	100,0	100,0
-	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	59,8	37,5	5,8	6,9	100,0	100,0
-	Si è avuto difficoltà nel far accettare eventuali consulti medici all'interno dell'ospedale	18,5	21,1	57,0	42,8	24,5	36,1	100,0	100,0
-	Si è avuto difficoltà nello spostare il paziente in altri ospedali	10,0	21,9	55,6	34,5	34,4	43,6	100,0	100,0
-	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	68,0	44,1	8,4	24,0	100,0	100,0
-	Si è dovuto provvedere a trovare i donatori di sangue in vista dell'intervento	10,3	17,7	54,0	39,4	35,7	42,9	100,0	100,0

/

(Segue) Tab. 14 – La debolezza delle “giunzioni” avvertita dal care-giver e/o da altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi durante il ricovero in ospedale (val. %)

Difficoltà	Molto + Abbastanza d'accordo		Poco + Per niente d'accordo		Non saprei esprimere un giudizio		Totale	
	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017
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 informazioni; ecc.)	39,5	54,7	53,7	37,9	6,8	7,4	100,0	100,0
– 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	66,6	51,3	4,9	21,2	100,0	100,0
– Non si è rilevato un adeguato rispetto della dignità del malato	35,6	40,5	58,8	50,9	5,6	8,6	100,0	100,0
– 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	62,7	47,0	6,0	19,2	100,0	100,0
– 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	61,2	45,5	9,9	26,2	100,0	100,0
– 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	69,7	47,7	4,6	20,9	100,0	100,0
– 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	66,5	44,4	7,9	21,5	100,0	100,0
– 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	81,5	56,2	5,2	19,8	100,0	100,0
– 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	66,0	43,6	21,1	30,2	100,0	100,0
– Si è dovuto provvedere in proprio alla fornitura della biancheria, perché non c'era o era inadeguata	10,3	19,7	84,1	51,4	5,6	28,9	100,0	100,0

(1) Cfr. *Ermeneia Ospedali&Salute/2014*, tabella 10/pagg. 170-171.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

3.3. Il passaggio sempre più delicato delle dimissioni e del post-ricovero

L'inadeguatezza delle "giunzioni", che si manifesta a valle dell'esperienza ospedaliera costituisce un ulteriore ambito di debolezza che a sua volta tende a farsi sentire in maniera crescente nel corso del periodo 2014-2017.

Uno sguardo alla prima colonna della tabella 15 permette di coglierne le caratteristiche che mostrano:

- a) la presenza di difficoltà "molto + abbastanza importanti" che si vengono a collocare in posizione intermedia tra quelle relative al momento della scelta delle strutture ospedaliere cui rivolgersi (cfr. precedente tabella 12) e quelle sperimentate durante il ricovero (cfr. precedente tabella 14);
- b) l'esistenza di criticità che nel 2017 vanno dal 20,9% al 31,1% a fronte del 20,0%-30,1% nel 2014, per quanto riguarda le modalità di giunzione al momento della conclusione del periodo di ricovero: dal rischio di rientro in ospedale in quanto la terapia post-ricovero non era stata comunicata chiaramente all'inesistente e/o non appropriato collegamento col medico di base;
- c) alcune ulteriori criticità più consistenti rispetto al caso precedente, che si collocano tra il 21,2% e il 30,5% nel 2017 a fronte del 15,4%-24,5% del 2014 e che hanno a che fare con le difficoltà legate alla continuità di prestazioni sanitario-riabilitative: dal rientro forzato in ospedale poiché non c'era un adeguato collegamento con i servizi sanitari e socioassistenziali sino al rientro in ospedale a causa delle conseguenze cliniche che si sono manifestate dopo gli interventi e/o le cure ricevute in ospedale;
- d) e infine delle situazioni di disagio ancora più evidenti (e in crescita) rispetto alle precedenti per quanto concerne la difficoltà sul piano informativo/orientativo dei pazienti e delle loro famiglie: si va infatti dal 33,7% al 37,4% nel 2017 contro il 25,4%-31,0% nel 2014: a causa di procedure non adeguate circa le dimissioni e gli impegni che nascono dal dopo ricovero sino alla mancanza di un regista unico che possa farsi carico delle esigenze del paziente in chiave di orientamento delle scelte riabilitative, di lungodegenza, di assistenza sociosanitaria e socioassistenziale.

Alle difficoltà importanti e/o abbastanza importanti appena ricordate se ne affiancano peraltro altre di tipo lieve che nel 2017 – sommate a quelle importanti – farebbero aumentare il disagio complessivo:

- sino al 36,1%-46,9% nel caso dei disagi di tipo organizzativo;
- sino al 37,4%-46,4% nel caso dei disagi legati alla continuità sanitario-riabilitativa;
- e sino al 49,8%-53,1% nel caso dei disagi legati alle carenze di informazione/orientamento.

Tab. 15 – Eventuali difficoltà al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento e/o la degenza per ragioni di cura da parte del care-giver, dagli altri membri della famiglia (val. %)

Eventuali difficoltà	Difficoltà molto + abbastanza importante		Difficoltà poco importante		Nessuna difficoltà		Totale	
	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017
DIFFICOLTÀ DI TIPO ORGANIZZATIVO								
- 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	25,0	16,7	49,3	56,1	100,0	100,0
- 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	15,6	15,2	64,4	63,9	100,0	100,0
- 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	16,0	14,9	62,5	61,9	100,0	100,0
- Il collegamento col medico di base si è rivelato non appropriato e/o inesistente	30,1	31,1	17,5	15,8	52,4	53,1	100,0	100,0
DIFFICOLTÀ SUL PIANO DELLA CONTINUITÀ SANITARIO-RIABILITATIVA								
- Il paziente è dovuto rientrare in ospedale a causa delle conseguenze climatiche che si sono manifestate dopo l'intervento e/o dopo le cure precedentemente avute sempre in ospedale	24,5	23,5	15,3	11,4	60,2	65,1	100,0	100,0
- Le dimissioni sono state troppo rapide e il paziente non era ancora sufficientemente in forze	16,4	30,5	13,2	15,9	70,4	53,6	100,0	100,0
- 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	15,8	14,4	68,8	56,7	100,0	100,0
- 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	23,2	15,0	55,1	59,4	100,0	100,0
- 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	14,2	16,2	67,7	62,6	100,0	100,0

./.

(Segue) Tab. 15 – *Eventuali difficoltà al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento e/o la degenza per ragioni di cura da parte del caregiver, dagli altri membri della famiglia (val. %)*

Eventuali difficoltà	Difficoltà molto + abbastanza importante		Difficoltà poco importante		Nessuna difficoltà		Totale	
	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017	2014 ¹	2017
DIFFICOLTÀ DI TIPO INFORMATIVO/ORIENTATIVO								
- 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	24,3	16,1	44,7	50,2	100,0	100,0
- 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	18,2	15,7	51,4	46,9	100,0	100,0
- 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	24,8	15,9	49,8	49,7	100,0	100,0

(1) Cfr. *Ermeneia Ospedali&Salute/2014*, tabella 11/pagg. 174-175.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Le difficoltà legate alle dimissioni ospedaliere e al passaggio alla post-degenza, alla riabilitazione e/o all'assistenza vengono ulteriormente illustrate dai dati contenuti delle *Tabelle A15 e B15 dell'Allegato statistico*.

3.4. Le modalità adottate per superare le eventuali difficoltà

I *care-giver* intervistati si sono dunque “misurati” esprimendo le loro valutazioni circa le esperienze relative all'accesso, alla permanenza e all'uscita dalle strutture ospedaliere, sulla base di quanto sperimentato negli ultimi dodici mesi, i cui risultati sono stati commentati nei precedenti paragrafi.

Ebbene le eventuali difficoltà emerse sono state affrontate e più o meno superate in un modo o nell'altro e i dati contenuti nella tabella 16 ne danno conto, paragonando anche le modalità adottate nel 2014 con quelle utilizzate nel 2016.

Se si considerano i dati relativi alle modalità valutate come “molto + abbastanza importanti” dagli intervistati si vede che:

- a) la buona volontà e la disponibilità del personale medico e infermieristico giocano il ruolo più importante: la metà o poco più degli intervistati infatti colloca tale modalità al 1° posto e con valori simili o comunque abbastanza simili nei due anni considerati (50,8% e 45,4% per quanto riguarda il personale medico, nonché 43,6% e 43,2% per il personale infermieristico): con ciò fornendo una dichiarazione che rappresenta una sorta di “contrappeso” positivo rispetto alle critiche, espresse sulla non sempre sufficiente passione professionale degli operatori, evocata nella precedente tabella 14;
- b) i consigli e l'aiuto ricevuto da parenti, amici e conoscenti che hanno maturato analoghe esperienze in precedenza resta una modalità comunque significativa (31,5% nel 2017, ma in calo rispetto a quanto evidenziato nel 2014 quando era del 39,9%);
- c) le conoscenze e le relazioni personali che hanno permesso di superare le procedure esistenti e le eventuali lentezze operative svolgono sempre un ruolo importante che coinvolge stabilmente un quarto degli intervistati (25,9% nel 2017 e 26,0% nel 2014);
- d) cresce infine lievemente (ma cresce) il ruolo giocato dal volontariato sociosanitario e assistenziale che viene citato come modalità “molto + abbastanza importante” dal 18,9% degli intervistati nel 2017 contro il 16,3% nel 2014; e così avviene anche per quanto riguarda le associazioni di difesa del malato che aiutano a superare alcune difficoltà, secondo il 15,0% dei *care-giver* nel 2017 contro il 13,5% nel 2014.

Tab. 16 – *Modalità con cui si sono superate le eventuali difficoltà incontrate dal care-giver e/o da altri membri della famiglia (val. %)*

<i>Modalità di superamento</i>	<i>È stata una modalità molto + abb. importante</i>		<i>È stata una modalità poco importante</i>		<i>È stata una modalità per nulla importante</i>		<i>Non saprei dare una valutazione in proposito</i>		<i>Totale</i>	
	<i>2014¹</i>	<i>2017</i>	<i>2014¹</i>	<i>2017</i>	<i>2014¹</i>	<i>2017</i>	<i>2014¹</i>	<i>2017</i>	<i>2014¹</i>	<i>2017</i>
- Attraverso la buona volontà e la disponibilità del personale medico	50,8	45,4	17,1	14,5	18,8	9,2	13,3	30,9	100,0	100,0
- Attraverso la buona volontà e la disponibilità del personale infermieristico	43,6	43,2	19,8	15,1	19,8	9,8	16,8	31,9	100,0	100,0
- 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	20,1	17,7	20,8	13,2	19,2	37,6	100,0	100,0
- 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	18,4	14,5	31,1	16,7	24,5	42,9	100,0	100,0
- Attraverso l'utilizzo delle attività di volontariato socio-sanitario e socioassistenziale	16,3	18,9	19,2	16,4	31,0	17,6	33,5	47,1	100,0	100,0
- Attraverso l'aiuto di associazioni di difesa del malato	13,5	15,0	15,0	15,9	31,6	17,3	39,9	51,8	100,0	100,0

(1) Cfr. *Ermeneia Ospedali&Salute/2014*, tabella 12/pag. 178.

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

In conclusione dunque si può dire che le debolezze del sistema di giunzioni nella fase di accesso, durante la permanenza e nella fase di uscita dall'ospedale vedono ai primi due posti:

- da un lato, il valore professionale e umano del personale medico e infermieristico (che ha svolto un ruolo significativo nel 43%-45% dei casi);
- e dall'altro, la relazionalità familiare allargata a quella di amici e conoscenti insieme alle conoscenze personali, tendono a bilanciare se non a superare il contributo – peraltro fondamentale – degli operatori;
- ma non va nemmeno dimenticato che le strade battute dai *care-giver* sono poco meno di 2 a testa tra quelle indicate sia nel 2014 che nel 2017, poiché una sola spesso non basta ...

Le differenze di valutazione a seconda delle caratteristiche dei vari sottogruppi del campione vengono fornite dalle *Tabelle A16 e B16 dell'Allegato statistico*.

A questo punto, dopo aver esaminato le esperienze maturate rispetto all'ospitalità da parte dei *care-giver*, è apparso opportuno chiedere quale sia stato il livello di soddisfazione o di insoddisfazione complessivo, specificamente da parte di coloro che hanno utilizzato strutture ospedaliere negli ultimi dodici mesi. I risultati sono contenuti nella successiva tabella 17 ed evidenziano:

- a) un livello di soddisfazione complessivo (elevato + medio) che va dal 64,5% per gli ospedali pubblici al 69,6% per gli ospedali privati accreditati e al 69,9% per le cliniche private: il tutto con una parallela insoddisfazione dichiarata che scende via via si passi dal pubblico (27,8%) al privato accreditato (18,6%) al privato a pagamento (12,3%);
- b) una valutazione migliore – come di consueto – da parte dei *care-giver* che hanno effettivamente fatto esperienza ospedaliera per sé e/o per i membri della famiglia negli ultimi dodici mesi rispetto all'opinione complessiva dei *care-giver*, illustrata nella precedente tabella 11 (indipendentemente dal fatto che abbiano o non abbiano avuto esperienze ospedaliere negli ultimi dodici mesi). Il confronto tra i dati che seguono risulta di per sé abbastanza chiaro, con riferimento all'anno 2017:

	Soddisfazione/ Insoddisfazione media dell'intero campione dei care-giver circa gli ospedali della propria Regione (cfr. tabella 11)	Soddisfazione/Insoddisfazione media dei care-giver che hanno avuto effettiva esperienza ospedaliera negli ultimi dodici mesi (cfr. tabella 17)		
		Osp. pubblico	Osp. privato accreditato	Cliniche private
– Molto + Abb. soddisfatto	56,1	64,5	69,6	69,9
– Poco + Per nulla soddisfatto	30,2	27,8	18,6	12,3
– Non forniscono un'opinione	13,7	7,7	11,8	17,8

Le *Tabelle A17 e B17 dell'Allegato statistico* forniscono un'ulteriore esplicitazione delle opinioni dei *care-giver* circa i loro livelli di soddisfazione/insoddisfazione a valle delle esperienze avute negli ultimi dodici mesi.

Al di là di questi giudizi si è poi voluto chiedere se ci sia stato un miglioramento oppure un peggioramento per ciò che concerne i servizi delle strutture ospedaliere pubbliche in particolare nel corso degli ultimi due anni. I dati della tabella 18 sottolineano come tale trattamento tenda a mutare di segno, visto che:

- da un lato, la continuità rispetto ai due anni precedenti diminuisce in maniera significativa nel 2017 rispetto al 2015 (dal 46,7% al 37,0%);
- dall'altro tende invece ad aumentare la percezione di un peggioramento lieve e/o deciso (dal 15,2% del 2015 al 18,0% del 2017);
- mentre diminuisce in parallelo la tendenza al miglioramento deciso e/o lieve (dal 28,7% del 2015 al 23,1% del 2017).

Tab. 17 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione complessivo qualora siano state effettivamente utilizzate negli ultimi dodici mesi delle strutture ospedaliere pubbliche, private accreditate oppure cliniche private con riferimento al care-giver stesso e/o ai membri della relativa famiglia (val. %)

famiglia (val. %)	
Livello di soddisfazione	%
<i>Ospedali pubblici</i>	
– Molto soddisfatto	10,0
– Abbastanza soddisfatto	54,5
– Poco soddisfatto	21,3
– Per nulla soddisfatto	6,5
– Non saprei esprimere un giudizio	7,7
Totale	100,0
v.a.	1.120
<i>Ospedali privati accreditati</i>	
– Molto soddisfatto	10,9
– Abbastanza soddisfatto	58,7
– Poco soddisfatto	16,1
– Per nulla soddisfatto	2,5
– Non saprei esprimere un giudizio	11,8
Totale	100,0
v.a.	548
<i>Clinica privata (a pagamento)</i>	
– Molto soddisfatto	18,8
– Abbastanza soddisfatto	51,1
– Poco soddisfatto	12,0
– Per nulla soddisfatto	0,3
– Non saprei esprimere un giudizio	17,8
Totale	100,0
v.a.	272

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. 18 – Miglioramento/Peggioramento del trattamento dei pazienti (care-giver e/o membri della famiglia) nell'ambito delle strutture ospedaliere pubbliche nel corso degli ultimi due anni (val. %)

Valutazione	2015 ¹		2017 ¹	
– Il trattamento è decisamente migliorato	5,7	] 28,7	7,4	] 23,1
– Il trattamento è lievemente migliorato	23,0		15,7	
– Il trattamento è rimasto più o meno come il periodo precedente gli ultimi due anni	46,7		37,0	
– Il trattamento è lievemente peggiorato	8,8	] 15,2	9,4	] 18,0
– Il trattamento è decisamente peggiorato	6,4		8,6	
– Non saprei dare una risposta a tale proposito	9,4		21,9	
Totale	100,0		100,0	
v.a.	2.000		2.000	

(1) Cfr. Ermeneia *Ospedali&Salute/2015*, tabella 10/pag. 165.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

4. La ricerca in crescita di possibili soluzioni alternative da parte dei pazienti e delle loro famiglie

4.1. Il ricorso alle strutture private accreditate in alternativa a quelle pubbliche

Si è appena visto come l'insoddisfazione nei confronti dell'ospitalità pubblica sia – nell'opinione dei *care-giver* – pari al 27,8%, decisamente più elevata rispetto al 18,6% dei privati accreditati e al 12,3% delle cliniche private.

È allora comprensibile che, davanti ad eventuali disagi sia di accesso che di qualità complessiva dei servizi forniti, ci si orienti verso il ricorso al privato accreditato e/o alle cliniche private.

La tabella 19 registra tale propensione nei due anni indicati (2015 e 2017) evidenziando come il fenomeno venga ad essere confermato con lo stesso livello di intensità: il 40% circa degli intervistati è apparso (e appare) orientato verso le strutture private accreditate e il 20% circa verso le cliniche private.

Naturalmente i *care-giver* maggiormente interessati (nel 2017) a tali alternative rispetto agli ospedali pubblici sono soprattutto:

- gli intervistati che si dichiarano insoddisfatti dei servizi sociosanitari della propria Regione e degli ospedali pubblici in particolare (cfr. *Tabella C19 dell'Allegato statistico*);
- ma anche i soggetti che si collocano all'interno di un alto e/o medio-alto livello socioeconomico e che posseggono un livello di istruzione corrispondente (cfr. *Tabella A19 dell'Allegato statistico*);
- come pure coloro che vivono al Nord e al Centro rispetto al resto del Paese oltre che nelle città di maggiori dimensioni, dove la scelta tra strutture diverse risulta più facile (cfr. *Tabella B19 dell'Allegato statistico*).

Tab. 19 – Eventuale ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte del care-giver e/o della famiglia, a seguito di eventuali disagi derivanti dall'accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche e dalla relativa qualità di tali servizi (val. %)

<i>Eventuale ricorso</i>	<i>2015¹</i>	<i>2017</i>
<i>Ad ospedali privati accreditati</i>		
– Sì	40,6	41,3
– No	59,4	58,7
Totale	100,0	100,0
v.a.	2.000	1.215
<i>A cliniche private</i>		
– Sì	20,3	19,2
– No	79,7	80,8
Totale	100,0	100,0
v.a.	2.000	1.215

(1) Cfr. Ermeneia *Ospedali&Salute/2015*, tabella 11/pag. 166.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Se poi si vanno ad esaminare quali siano state le ragioni che hanno favorito il ricorso ad ospedali privati accreditati negli ultimi due anni, la tabella 20 a sua volta mostra come:

- esista una buona convergenza di priorità e spesso anche di intensità di risposte tra quelle fornite in entrambi gli anni considerati;
- sia evidente che la ragione principale risulta essere quella di evitare un’attesa troppo lunga per poter ottenere le prestazioni, ragione questa che occupa il 1° posto nel 2017 come pure nel 2015 e con un addensamento di risposte assai simile;
- e tuttavia sia interessante anche notare le piccole differenze esistenti, poiché nel 2017 crescono soprattutto le ragioni legate alla qualità e cioè alla minore attesa per le prestazioni (dal 42,0% al 44,6%, ma sempre al 1° posto), alla maggior fiducia nell’ospedale accreditato e nei medici che vi operano (dal 20,9% al 29,3% con una risalita dal 4° al 2° posto tra il 2015 e il 2017) e al frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia (dal 13,9% del 2015 al 19,9% del 2017 con il recupero di un posto, dal 6° al 5°).

Le *Tabelle A20, B20 e C20 dell’Allegato statistico* forniscono un’ulteriore illustrazione per quanto riguarda la maggiore sensibilità dei vari sotto-gruppi del campione nei confronti delle ragioni che portano a ricorrere ad ospedali privati accreditati.

Tab. 20 – Ragioni del ricorso da parte del care-giver e/o dei membri della famiglia ad ospedali privati accreditati nel corso degli ultimi due anni (val. %)

Ragioni	2015 ¹		2017	
– Minore attesa per le prestazioni	1°	42,0	1°	44,6
– La maggior fiducia nell'ospedale accreditato e nei medici che vi operano	4°	20,9	2°	29,3
– La necessità di affrontare un'attesa troppo lunga per avere accesso all'ospedale pubblico	2°	30,1	3°	24,0
– La vicinanza dell'ospedale a casa	3°	22,3	4°	21,8
– Il frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia	6°	13,9	5°	19,9
– Il consiglio di parenti, amici e conoscenti	5°	14,3	6°	12,2
– Una certa fiducia nell'ospitalità pubblica	7°	9,5	7°	9,2
– La progressiva riduzione dei posti letto negli ospedali pubblici	8°	8,6	8°	8,7
– La chiusura degli ospedali pubblici sul territorio	9°	8,6	9°	6,5
– La tradizione di famiglia	12°	3,7	10°	6,2
– L'invio del paziente ad un ospedale accreditato da parte dello stesso ospedale pubblico	11°	8,1	11°	5,4
– Le condizioni di degenza dei pazienti non particolarmente appropriate nella realtà pubblica	10°	8,3	12°	4,7
– Altro		2,3		4,1
V.a. rispondenti		812		498
V.a. risposte		1.564		979
N. medio risposte per intervistato		1,9		2,0

(1) Cfr. *Ermenieia Ospedali&Salute/2015*, tabella 12/pag. 168.

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

Fonte: *indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

4.2. La propensione a rivolgersi in ospedali situati in altre Regioni italiane

Un altro modo per rispondere ad eventuali disagi (o a timori di eventuali disagi) derivanti da esperienze dirette della famiglia o indirette fuori famiglia nell'ambito delle strutture ospedaliere della propria Regione, è quello di scegliere degli ospedali collocati in Regioni diverse.

In questo caso si è chiesto ai *care-giver* se loro personalmente o altri membri della famiglia avessero o meno fatto ricorso negli ultimi dodici mesi a questo tipo di strutture ospedaliere (si tenga conto che era possibile effettuare un paragone con una domanda analoga, sottoposta sempre ai *care-giver*, lo scorso anno).

Dai risultati, contenuti nella tabella 21, è interessante rilevare come la "reattività" dei *care-giver* tenda ad aumentare significativamente pur da un anno all'altro. Infatti:

- la proporzione di intervistati che risultano orientati a fare concretamente l'esperienza ospedaliera extraregionale sale dal 10,1% al 16,4% tra il 2016 e il 2017 (cfr. 1^a sezione della tabella 21);
- ma i *care-giver* che risultano solo orientati potenzialmente a ricorrere a strutture ospedaliere situate fuori Regione lievitano in maniera ancora più consistente, tenuto conto delle loro dirette esperienze ma anche probabilmente delle esperienze di altri amici e conoscenti: il risultato è che, anche se non si è fatto ricorso a tutt'oggi, si è tuttavia valutata tale possibilità passando le dichiarazioni relative degli intervistati dal 18,1% del 2016 al 31,3% del 2017 (cfr. 2^a sezione della tabella 21);
- infine gli intervistati che non si sono posti per nulla il problema o perché le strutture ospedaliere presenti nella Regione vengono considerate adeguate alle necessità o perché non sono informati circa il fatto che si può ricorrere ad ospedali fuori Regione senza alcun onere aggiuntivo, diminuiscono drasticamente scendendo dal 71,8% del 2016 al 52,3% del 2017 (cfr. 3^a sezione della tabella 21).

Un'ulteriore specifica circa l'orientamento a rivolgersi ad ospedali extra-regionali viene fornito dalle *Tablelle B21 e C21 dell'Allegato statistico*.

Tab. 21 – 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 2016 e 2017 (val. %)

Tipologia di ricorso		2016 ¹	2017
<i>Care-giver orientati a fare concretamente l'esperienza</i>			
1) Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia		9,6	10,1
2) Sì, volevamo fare ricorso, ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga		0,3	2,5
3) Sì, volevamo fare ricorso, ma la Asl non ci ha dato l'autorizzazione		-	10,1
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
<i>Care-giver orientati potenzialmente a fare l'esperienza</i>			
5) No, non abbiamo fatto ricorso ma abbiamo comunque valutato la possibilità di rivolgerci ad ospedali di un'altra Regione		5,3	11,4
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
<i>Care-giver che non si sono posti il problema</i>			
7) No, non abbiamo fatto ricorso perché gli ospedali presenti nel Comune, nella Provincia e nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguati alle nostre necessità		54,1	35,3
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
Totale		100,0	100,0
v.a.		2.000	1.187

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

(1) Cfr. *Ermeneya Ospedali&Salute/2016*, tabella 8/pag. 176.

Fonte: *indagine Ermeneya – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Parte quarta

Gli indicatori statistici

1. I dati di struttura

1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati

In attesa della pubblicazione della versione 2014 del Rapporto “Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere”, nel quale vengono riportati i dati di struttura e attività del settore, si è fatto ricorso quest’anno ad una fonte alternativa, sempre di produzione del Ministero della salute: gli “Open Data 2010-2014”. Secondo le informazioni disponibili in questa area del portale web ministeriale continua, anche se in modo meno marcato rispetto agli anni precedenti, il progressivo riassetto del panorama ospedaliero italiano che ha interessato, a partire dal 2004, soprattutto l’ambito della rete delle strutture pubbliche. Queste ultime infatti, come più volte sottolineato, sono state oggetto di aggregazioni e trasformazioni in nuove tipologie di istituti, transitando principalmente da una configurazione di ospedale a diretta gestione ASL verso nuove forme organizzative con connotazione da Azienda ospedaliera variamente articolata (Azienda ospedaliera, Azienda integrata con 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 in realtà produttive dalle caratteristiche spiccatamente lungodegenziali, residenziali o addirittura territoriali. Più in generale, i dati del Ministero della salute indicano per il 2014 una ulteriore riduzione rispetto all’anno precedente di dodici unità tra gli ospedali a diretta gestione ASL, di tre case di cura accreditate, mentre si evidenzia la presenza di due nuovi Presidi ASL. Rispetto al 2010, nuovo anno di riferimento della serie dei dati proposti, si può osservare come il totale degli istituti di cura pubblici e privati passi dalle 1.163 alle 1.056 unità del 2014, con una flessione che si attesta complessivamente sul -9,2%. Le tabelle S/1 e S/2 mostrano in particolare:

- nell’ambito pubblico, soprattutto una riduzione degli Ospedali a gestione diretta (-18,4%), seguiti dalle Aziende ospedaliere pure (-7,8%), probabilmente confluiti in massima parte tra i ranghi delle Aziende ospedaliere integrate con il Ssn, cresciute del 12,5% tra il 2013 ed il 2014; complessivamente gli istituti di cura pubblici e assimilati hanno fatto registrare nel periodo considerato una graduale riduzione, con un delta finale del -13,2%, pur sottolineando tuttavia che si è in presenza più di riconversioni di tipologia o di aggregazioni che di reali dismissioni;
- nell’ambito degli istituti privati in senso stretto (le Case di cura accreditate), la conferma della tendenza ad un meno pronunciato ridimensionamento, che ne riduce la presenza nel sistema ospedaliero dalle 529 unità del 2010 alle 506 del 2014 (-4,3%).

Il rapporto tra gli ospedali pubblici, nella loro classificazione estesa agli assimilati, e gli ospedali privati (Case di cura accreditate) sul totale degli istituti di ricovero evidenzia risultati medi nazionali pari al 52,1% per i primi e al 47,9% per i secondi (tab. S/4), con una distribuzione sempre molto 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 2014, indica in quali ambiti territoriali esista una maggiore prevalenza del pubblico e dove invece si confermi una sorta di equilibrio da “quasi-sistema misto” tra i due comparti (tab. S/4):

- la prevalenza di strutture pubbliche si manifesta soprattutto nella Basilicata, nella Sardegna, nel Friuli Venezia Giulia, nel Veneto, nella Liguria, nell’Umbria, nel Molise, nell’Abruzzo, nella Toscana e nelle Province Autonome di Bolzano e Trento;
- la conferma di un quasi sistema-misto (con un maggiore equilibrio di tipologia di istituti) è invece riscontrabile soprattutto nella Campania, nella Lombardia, nel Lazio, nel Piemonte, nella Calabria, nella Valle d’Aosta, e nella Sicilia.

1.2. La distribuzione dei posti letto

Focalizzando l’analisi sulle dotazioni di posti letto, piuttosto che sul numero degli istituti di cura, si può osservare come in Italia si siano resi disponibili nel 2014 poco più di 197 mila posti letto, suddivisi secondo una composizione piuttosto stabile nel tempo e che vede il 79,1% afferente alla cate-

goria pubblica in senso lato e il 20,9% alla categoria delle Case di cura private accreditate (tab. S/5).

La distribuzione territoriale privilegia ancora il Nord, con il Centro e il Sud a seguire nell'ordine nel caso delle strutture pubbliche e viceversa se si tratta di strutture private.

Dai dati percentuali della tabella S/5 è possibile anche rilevare una stabilizzazione nella distribuzione per area territoriale dei posti letto pubblici e privati, nella prospettiva dell'auspicabile realizzazione di un equilibrio da "sistema misto", un percorso tuttavia ancora incerto e sempre più messo in discussione dai preoccupanti provvedimenti sul riordino della rete ospedaliera il cui iter di approvazione è ormai nella delicata fase dei recepimenti regionali.

Se spostiamo invece l'attenzione sulla distribuzione regionale dei posti letto (sempre attraverso la composizione percentuale presente nella tabella S/5), è possibile rilevare come le punte di offerta pubblica riguardino soprattutto la Liguria (96,2%), il Veneto (93%), la Basilicata (91,5%), l'Umbria (91,3%). Le punte di offerta di posti letto nelle case di cura accreditate sono concentrate invece soprattutto nella Campania (35,4%), nella Calabria (34,7%), nella Provincia Autonoma di Trento (28,3%), nella Sicilia (26,3%), nel Lazio (25,1%), nell'Emilia Romagna (24,7%), nell'Abruzzo (23,5%) e nel Piemonte (21,7%).

Per la componente di offerta del settore privato accreditato rappresentata dalle strutture aderenti ad Aiop, si è in grado invece di presentare un aggiornamento al 2017, con un confronto limitato al 2014 rispetto alle altre componenti di offerta private proposte nella tab. S/6. Si evidenzia così una dotazione di più di 30.000 letti per ricovero ordinario su un totale di poco superiore ai 41.000, con una percentuale che supera il 73%.

La distribuzione su base regionale per l'anno 2017 degli istituti accreditati sempre di ambito Aiop mette in evidenza, tra le strutture accreditate con il Ssn, una concentrazione in chiave di indirizzo nosologico prevalente soprattutto (tab. S/7):

- nel campo polispecialistico (179 istituti su 449);
- nel campo chirurgico (72 istituti su 449);
- nel campo delle R.S.A. (67 istituti su 449);
- nel campo riabilitativo (65 istituti su 449);
- nel campo neuropsichiatrico (34 istituti su 449);
- nel campo medico (16 istituti su 449);
- nel campo lungodegenti (16 istituti su 449).

Se si considerano invece le diverse tipologie di attività (cfr. tabelle S/8 e S/9), sempre riferite agli istituti associati all'Aiop (anno 2017), le concentrazioni maggiori a livello nazionale si confermano quelle afferenti, in ordine

decescente, all'area chirurgica, all'area medica, all'area riabilitativa, all'area RSA, all'area per lungodegenti ed a quella neuropsichiatrica, insieme ad una sempre rilevante e qualificata presenza di un'area di alta specialità presidiata principalmente dalla cardiocirurgia.

1.3. La dotazione di apparecchiature

Anche il quadro della distribuzione delle dotazioni di apparecchiature risente del mancato aggiornamento dei dati al 2014 di un apparato tecnologico che supporta e qualifica l'attività ospedaliera e che in gran parte delle Regioni italiane fornisce un determinante contributo anche in termini di assistenza per il territorio. La situazione al 2013 è desumibile nella sua distribuzione regionale e per tipo di apparecchiatura dalle tabelle S/10 (per le strutture pubbliche), S/11 (per quanto riguarda le case di cura accreditate) e S/12 (per quanto concerne le case di cura non accreditate).

I dati, riproposti anche in questa edizione, confermavano la rilevanza del contributo che la componente ospedaliera privata garantisce sul piano dell'offerta di servizi tecnologici avanzati, continuando ad assicurare una significativa compensazione territoriale nel quadro del più volte richiamato concetto di "sistema misto".

Nella tabella S/10 (Strutture pubbliche) si evidenzia come la maggior parte delle apparecchiature più sofisticate (Tomografo Assiale Computerizzato – TAC, Apparecchio per Emodialisi – EMD, Tomografo a Risonanza Magnetica – TRM e Acceleratore Lineare – ALI) siano prevalentemente concentrate nelle strutture ospedaliere del Nord del Paese, salvo che per la Camera Iperbarica che appare molto più presente nel Mezzogiorno.

Nella tabella S/11 è possibile verificare, con riferimento alle stesse apparecchiature, l'effetto compensativo garantito dalle strutture private con la propria significativa quota di attrezzature presenti nel Mezzogiorno rispetto al resto del Paese, sia per quanto riguarda la Camera Iperbarica che per la TAC e gli Apparecchi per Emodialisi.

Tab. S/1 – Evoluzione del numero degli istituti pubblici e assimilati e degli istituti privati (case di cura accreditate)

	2010		2011		2012		2013		2014	
	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%	V.a.	%
- Aziende Ospedaliere	64	5,5	62	5,5	59	5,4	59	5,5	59	5,6
- Ospedali a gestione diretta	429	36,9	400	35,6	379	34,7	362	33,9	350	33,1
- Aziende Osp. integrate con il Ssn	8	0,7	8	0,7	8	0,7	8	0,7	9	0,9
- Aziende Osp. integrate con le univ.	18	1,5	19	1,7	19	1,7	19	1,8	18	1,7
- Policlinici universitari	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2	2	0,2
- Istituti a carattere scientifico	60	5,2	61	5,4	62	5,7	62	5,8	62	5,9
- Ospedali ecclesiastici classificati	30	2,6	30	2,7	30	2,7	28	2,6	28	2,7
- Istituti presidio delle Asl	20	1,7	17	1,5	17	1,6	17	1,6	19	1,8
- Enti di ricerca	3	0,3	3	0,3	3	0,3	3	0,3	3	0,3
- Totale parziale	634	54,5	602	53,5	579	53,1	560	52,4	550	52,1
- Ospedali privati (case di cura accred.)	529	45,5	523	46,5	512	46,9	509	47,6	506	47,9
Totale Generale	1.163	100,0	1.125	100,0	1.091	100,0	1.069	100,0	1.056	100,0

Fonte: elaborazioni su dati provenienti dal Rapporto su "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013 e Ministero della Salute – Open Data 2014

Tab. S/2 – Evoluzione del numero degli istituti pubblici e assimilati e degli istituti privati accreditati (incremento %)

	2011/2010		2012/2011		2013/2012		2014/2013		2014/2010	
- Aziende ospedaliere	-3,1	-4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-7,8	
- Ospedali a gestione diretta	-6,8	-5,3	-4,5	-3,3	-3,3	-18,4	-18,4	-18,4	-18,4	
- Aziende Osp. integrate con il Ssn	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	12,5	12,5	12,5	
- Aziende Osp. integrate con le università	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	-5,3	0,0	0,0	0,0	
- Policlinici universitari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
- Istituti a carattere scientifico	1,7	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	
- Ospedali ecclesiastici classificati	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-6,7	0,0	-6,7	-6,7	
- Istituti presidio delle Asl	-15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	11,8	11,8	-5,0	
- Enti di ricerca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
- Totale parziale	-5,0	-3,8	-3,3	-1,8	-1,8	-13,2	-13,2	-13,2	-13,2	
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	-1,1	-2,1	-0,6	-0,6	-0,6	-4,3	-4,3	-4,3	-4,3	
Totale Generale	-3,3	-3,0	-2,0	-1,2	-1,2	-9,2	-9,2	-9,2	-9,2	

Fonte: elaborazioni su dati provenienti dal Rapporto su "Attività Gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013 e Ministero della Salute – Open Data 2014

Tab. S/3 – Istituti pubblici e assimilati e istituti privati (case di cura accreditate) per regione. Anno 2014 (v.a.)

Regioni	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Aziende ospedaliere integrate con il Ssn	Aziende ospedaliere integrate con le università	Politecnici universitari	Istituti a carattere scientifico	Ospedali ecclesiastici classificati	Istituti presidio della Asl	Enti di ricerca	Totale	Ospedali privati (case di cura accreditate)
– Piemonte	3	22	-	3	-	3	-	6	-	37	39
– Valle d'Aosta	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
– Lombardia	29	1	-	-	-	25	5	-	-	60	70
– P.A. di Bolzano	-	7	-	-	-	-	-	-	-	7	5
– P.A. di Trento	-	7	-	-	-	-	1	-	-	8	6
– Veneto	1	21	-	1	-	3	6	6	-	38	15
– Friuli V.G.	1	8	-	2	-	2	-	-	-	13	5
– Liguria	-	6	-	-	-	3	2	-	-	11	5
– Emilia Romagna	1	19	-	4	-	3	-	1	-	28	44
– Toscana	-	31	-	4	-	2	-	2	1	40	27
– Umbria	2	8	-	-	-	-	-	-	-	10	5
– Marche	2	5	-	-	-	1	-	-	-	8	13
– Lazio	3	35	1	2	2	7	8	2	-	60	60
– Abruzzo	-	18	-	-	-	-	-	-	-	18	11
– Molise	-	3	-	-	-	1	-	-	1	5	3
– Campania	6	32	2	1	-	2	3	1	-	47	63
– Puglia	-	25	1	1	-	5	2	-	-	34	31
– Basilicata	1	7	-	-	-	1	-	-	-	9	3
– Calabria	4	17	-	-	-	1	-	-	-	22	30
– Sicilia	5	52	3	-	-	3	1	1	1	66	60
– Sardegna	1	25	2	-	-	-	-	-	-	28	10
Nord	35	92	-	10	-	39	14	13	-	203	190
Centro	7	79	1	6	2	10	8	4	1	118	105
Sud	17	179	8	2	-	13	6	2	2	229	211
Italia	59	350	9	18	2	62	28	19	3	550	506

Fonte: elaborazioni Ermeniea su dati Ministero della Salute, Open Data 2014

Tab. S/4 – Istituti pubblici e assimilati e istituti privati accreditati per regione. Anno 2014/2013 (composizione %)

Art. 34 - Servizi pubblici e servizi privati devoluti per regione, anno 2014/2012 (composizione %)

Regioni	2014						2013						Totale ist. di cura	
	Aziende osp.	Osp. a gestione diretta	Aziende osped. integrate con il Ssn	Aziende osp. integrate con le università	Polichinici univers.	Istituti a carattere scient.	Ospedali eccles. classific.	Istituti presidio della Asl	Enti di ricerca	Totale istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate)	Totale istituti pubblici		Ospedali privati (case di cura accreditate)
- Piemonte	3,9	28,9	0,0	3,9	0,0	3,9	0,0	7,9	0,0	48,7	51,3	48,7	51,3	100,0
- Valle d'Aosta	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	50,0	50,0	100,0
- Lombardia	22,3	0,8	0,0	0,0	0,0	19,2	3,8	0,0	0,0	46,2	53,8	46,2	53,8	100,0
- P.A. Bolzano	0,0	58,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	58,3	41,7	58,3	41,7	100,0
- P.A. Trento	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	57,1	42,9	57,1	42,9	100,0
- Veneto	1,9	39,6	0,0	1,9	0,0	5,7	11,3	11,3	0,0	71,7	28,3	71,7	28,3	100,0
- Friuli V.G.	5,6	44,4	0,0	11,1	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	72,2	27,8	72,2	27,8	100,0
- Liguria	0,0	37,5	0,0	0,0	0,0	18,8	12,5	0,0	0,0	68,8	31,3	68,8	31,3	100,0
- Emilia R.	1,4	26,4	0,0	5,6	0,0	4,2	0,0	1,4	0,0	38,9	61,1	38,9	61,1	100,0
- Toscana	0,0	46,3	0,0	6,0	0,0	3,0	0,0	3,0	1,5	59,7	40,3	59,7	40,3	100,0
- Umbria	13,3	53,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3	66,7	33,3	100,0
- Marche	9,5	23,8	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	38,1	61,9	55,2	44,8	100,0
- Lazio	2,5	29,2	0,8	1,7	1,7	5,8	6,7	1,7	0,0	50,0	50,0	47,2	52,8	100,0
- Abruzzo	0,0	62,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	62,1	37,9	62,1	37,9	100,0
- Molise	0,0	37,5	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	12,5	62,5	37,5	62,5	37,5	100,0
- Campania	5,5	29,1	1,8	0,9	0,0	1,8	2,7	0,9	0,0	42,7	57,3	43,8	56,3	100,0
- Puglia	0,0	38,5	1,5	1,5	0,0	7,7	3,1	0,0	0,0	52,3	47,7	54,8	45,2	100,0
- Basilicata	8,3	58,3	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	75,0	25,0	75,0	25,0	100,0
- Calabria	7,7	32,7	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	42,3	57,7	42,3	57,7	100,0
- Sicilia	4,0	41,3	2,4	0,0	0,0	2,4	0,8	0,8	0,8	52,4	47,6	52,8	47,2	100,0
- Sardegna	2,6	65,8	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	73,7	26,3	73,7	26,3	100,0
Nord	8,9	23,4	0,0	2,5	0,0	9,9	3,6	3,3	0,0	51,7	48,3	51,7	48,3	100,0
Centro	3,1	35,4	0,4	2,7	0,9	4,5	3,6	1,8	0,4	52,9	47,1	52,9	47,1	100,0
Sud	3,9	40,7	1,8	0,5	0,0	3,0	1,4	0,5	0,5	52,0	48,0	52,7	47,3	100,0
Italia	5,6	33,1	0,9	1,7	0,2	5,9	2,7	1,8	0,3	52,1	47,9	52,4	47,6	100,0

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della Salute, Open Data 2014

Tab. S/5 – Posti letto pubblici e privati accreditati utilizzati per l'attività di ricovero, per regione, Anno 2014

Regioni	2014				2013			
	Istituti pubblici e assimilati ⁽¹⁾		Ospedali privati		Istituti pubblici		Osp. privati (case di cura accreditate)	
	Posti letto	% sul totale	Posti letto	% sul totale	Total	% sul totale	Total	% sul totale
– Piemonte	12.284	78,3	3.403	21,7	15.687	79,4	20,6	100,0
– Valle d'Aosta	394	84,7	71	15,3	465	86,0	14,0	100,0
– Lombardia	28.514	78,7	7.732	21,3	36.246	77,6	22,4	100,0
– P.A. di Bolzano	1.665	86,9	250	13,1	1.915	86,6	13,4	100,0
– P.A. di Trento	1.380	71,7	544	28,3	1.924	72,7	27,3	100,0
– Veneto	15.361	93,0	1.154	7,0	16.515	92,9	7,1	100,0
– Friuli Venezia Giulia	3.917	90,0	436	10,0	4.353	90,2	9,8	100,0
– Liguria	4.954	96,2	194	3,8	5.148	96,6	3,4	100,0
– Emilia Romagna	13.057	75,3	4.277	24,7	17.334	75,4	24,6	100,0
– Toscana	9.322	85,1	1.628	14,9	10.950	86,3	13,7	100,0
– Umbria	2.523	91,3	239	8,7	2.762	92,5	7,5	100,0
– Marche	4.278	83,5	845	16,5	5.123	83,5	16,5	100,0
– Lazio	14.480	74,9	4.857	25,1	19.337	71,8	28,2	100,0
– Abruzzo	3.062	76,5	941	23,5	4.003	76,7	23,3	100,0
– Molise	977	87,5	140	12,5	1.117	87,7	12,3	100,0
– Campania	10.261	64,6	5.611	35,4	15.872	64,3	35,7	100,0
– Puglia	9.830	81,3	2.257	18,7	12.087	80,9	19,1	100,0
– Basilicata	1.600	91,5	149	8,5	1.749	91,7	8,3	100,0
– Calabria	3.185	65,3	1.691	34,7	4.876	65,3	34,7	100,0
– Sicilia	10.609	73,7	3.790	26,3	14.399	73,7	26,3	100,0
– Sardegna	4.274	81,7	955	18,3	5.229	82,2	17,8	100,0
Nord	81.526	81,9	18.061	18,1	99.587	81,7	18,3	100,0
Centro	30.603	80,2	7.569	19,8	38.172	79,1	20,9	100,0
Sud	43.798	73,8	15.534	26,2	59.332	73,8	26,2	100,0
Italia	155.927	79,1	41.164	20,9	197.091	78,8	21,2	100,0

1) Vedi tabella S/3.

Fonte: elaborazioni Ermenegia su dati Ministero della Salute

Tab. S/6 – Ospedali privati (case di cura private accreditate) con il Smn, per regione – Istituti e posti letto. Anno 2014

	AIOP		ARIS		Altre		Totale	
	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.	Istituti	Posti letto accr.
– Piemonte	23	1.981	7	720	9	702	39	3.403
– Valle d'Aosta	1	71	-	-	-	-	1	71
– Lombardia	37	4.468	14	1.880	19	1.384	70	7.732
– Bolzano	2	124	1	50	2	76	5	250
– Trento	3	296	2	103	1	145	6	544
– Veneto	15	1.154	-	-	-	-	15	1.154
– Friuli V.G.	4	343	-	-	1	93	5	436
– Liguria	2	135	1	11	2	48	5	194
– Emilia R.	40	3.906	1	76	3	295	44	4.277
– Toscana	14	907	7	262	6	459	27	1.628
– Umbria	4	179	1	60	-	-	5	239
– Marche	10	645	3	200	-	-	13	845
– Lazio	43	3.257	5	295	12	1.305	60	4.857
– Abruzzo	8	718	2	86	1	137	11	941
– Molise	2	100	-	-	1	40	3	140
– Campania	55	4.976	-	-	8	635	63	5.611
– Puglia	21	1.463	2	154	8	640	31	2.257
– Basilicata	1	50	1	59	1	40	3	149
– Calabria	15	1.055	-	-	15	636	30	1.691
– Sicilia	52	3.449	-	-	8	341	60	3.790
– Sardegna	8	807	-	-	2	148	10	955
– Nord	127	12.478	26	2.840	37	2.743	190	18.061
– Centro	71	4.988	16	817	18	1.764	105	7.569
– Sud	162	12.618	5	299	44	2.617	211	15.534
Italia	360	30.084	47	3.956	99	7.124	506	41.164
%	71,1	73,1	9,3	9,6	19,6	17,3	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Ministero della Salute, Open Data 2014 e Aiop

Tab. S/7 – Distribuzione regionale degli istituti associati Atop secondo l'indirizzo nosologico prevalente – Anno 2017

Regioni	Polisp.		Medico		Chirurgico		Neuropsich.		Lungodegenti		Riabilitativo		RSA		Totale case di cura		Centri di riabilitazione	
	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati	Accreditati	Non accreditati
– Piemonte	13	3	-	-	-	1	5	-	2	-	4	-	4	-	28	4	-	-
– V. D' Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-
– Lombardia	26	2	2	-	2	1	2	-	-	-	13	-	5	-	50	3	2	-
– Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3	-	-	-
– Trento	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	3	-	-	-
– Veneto	11	-	-	-	1	-	3	-	-	-	4	-	1	-	20	-	-	-
– Friuli V.G.	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	5	1	-	-
– Liguria	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1	-	-
– Emilia R.	24	1	-	-	1	-	6	-	3	-	7	-	5	-	46	1	-	-
– Toscana	6	-	1	-	5	-	2	-	1	-	1	-	-	-	16	-	1	-
– Umbria	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	2	-	6	-	-	-
– Marche	6	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	-	-	10	-	1	-
– Lazio	18	9	5	-	8	9	6	-	2	-	6	-	43	1	88	19	6	-
– Abruzzo	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	8	-	-	-
– Molise	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-
– Campania	24	-	2	-	14	1	5	-	4	-	7	-	-	-	56	1	1	-
– Puglia	10	-	3	-	3	-	1	-	-	-	2	-	-	-	19	-	5	-
– Basilicata	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
– Calabria	3	-	1	-	9	1	-	-	-	-	4	-	4	-	21	1	-	-
– Sicilia	20	-	2	-	21	-	3	-	-	-	6	-	2	-	54	-	-	-
– Sardegna	-	-	-	-	4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	9	-	-	-
– Sardegna	79	7	2	-	4	2	16	-	7	-	34	-	16	1	158	10	2	-
Centro	31	9	6	-	16	9	9	-	4	-	9	-	45	1	120	19	8	-
Sud	69	-	8	-	52	2	9	-	5	-	22	-	6	-	171	2	6	-
Italia	179	16	16	-	72	13	34	-	16	-	65	-	67	2	449	31	16	-

Fonte: Atop

Tab. S/8 – Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Atop per tipologia di attività – Anno 2017

Regioni	Alta specialità			Medica		Chirurgica		Neuropsich.		Lungodegenti		Riabilitativa		RSA		Totali		Centri di riabilitazione	
	Non accreditati	Accreditati	Non 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
– Piemonte	90	394	86	668	250	288	32	333	18	528	10	408	-	2.709	406	-	-	-	-
– Valle d'Aosta	-	-	-	12	4	-	-	-	-	64	-	-	76	4	-	-	-	-	-
– Lombardia	413	2.529	54	2.928	213	74	20	13	-	2.046	55	561	24	8.564	384	140	-	-	-
– Bolzano	-	15	8	-	-	-	-	20	22	169	33	-	204	63	-	-	-	-	-
– Trento	-	98	15	38	-	-	-	167	17	25	-	21	-	349	32	-	-	-	-
– Veneto	8	441	67	610	198	362	48	70	-	624	94	188	-	2.303	407	-	-	-	-
– Friuli V.G.	-	117	14	195	18	-	-	-	-	108	-	75	77	495	109	-	-	-	-
– Liguria	15	43	17	15	43	-	-	-	-	67	-	-	-	140	60	-	-	-	-
– Emilia R.	73	1.057	32	1.476	159	605	2	565	5	914	10	475	170	5.165	380	-	-	-	-
– Toscana	21	208	-	565	25	105	1	182	-	338	-	-	-	1.419	26	126	-	-	-
– Umbria	-	15	-	180	6	-	-	-	-	16	-	60	20	271	26	-	-	-	-
– Marche	-	143	5	258	34	50	-	134	5	112	-	58	-	755	44	40	-	-	-
– Lazio	-	1.189	438	1.625	1.105	469	8	685	3	1.332	320	3.697	167	8.997	2.105	625	-	-	-
– Abruzzo	-	286	103	339	136	100	-	-	-	153	154	-	-	878	393	-	-	-	-
– Molise	-	110	52	85	-	-	-	-	-	75	100	-	-	270	152	-	-	-	-
– Campania	79	972	275	2.213	518	473	121	495	55	1.022	12	-	-	5.254	994	68	60	-	-
– Puglia	172	718	85	695	127	16	-	-	-	292	100	40	-	1.933	312	448	12	-	-
– Basilicata	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	-	-	-	-	-
– Calabria	-	254	3	494	30	-	-	124	-	467	-	182	-	1.521	33	-	-	-	-
– Sicilia	87	1.271	24	1.832	29	145	23	101	1	616	43	112	-	4.164	122	-	-	-	-
– Sardegna	-	298	10	461	31	-	-	66	15	131	15	-	-	956	76	-	-	-	-
Nord	599	30	4.694	293	5.942	885	1.329	102	1.168	62	4.545	202	1.728	271	20.005	1.845	140	-	-
Centro	21	64	1.555	443	2.628	1.170	624	9	1.001	8	1.798	320	3.815	187	11.442	2.201	791	-	-
Sud	338	20	3.909	552	6.175	871	734	144	786	71	2.756	424	334	-	15.032	2.082	516	72	72
Italia	958	10.158	1.288	14.745	2.926	2.687	255	2.955	141	9.099	946	5.877	458	46.479	6.128	1.447	72	-	-

Fonte: Atop

Tab. S/9 – Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività e per regione. Anno 2017 (composizione %)

Regioni	Alta specialità			Medica			Chirurgica			Neuropsich.			Lungodegenti			Riabilitativa			RSA			Totale
	Accreditati	Non accreditati		Accreditati	Non accreditati		Accreditati	Non accreditati		Accreditati	Non accreditati		Accreditati	Non accreditati		Accreditati	Non accreditati		Accreditati	Non accreditati		
– Piemonte	3,3	2,5	14,5	21,2	24,7	61,6	10,6	7,9	12,3	4,4	19,5	2,5	15,1	-	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-	100,0	
– Valle d'Aosta	-	-	-	-	15,8	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	84,2	-	-	-	100,0	100,0	-	
– Lombardia	4,8	4,7	29,5	14,1	34,2	55,5	0,9	5,2	0,2	-	23,9	14,3	6,6	6,3	23,9	14,3	6,6	6,3	23,9	14,3	6,6	
– P.A. di Bolzano	-	-	7,4	12,7	-	-	-	-	9,8	34,9	82,8	52,4	-	-	34,9	82,8	52,4	-	100,0	100,0	-	
– P.A. di Trento	-	-	28,1	46,9	10,9	-	-	-	47,9	53,1	7,2	23,1	6,0	-	53,1	7,2	23,1	6,0	100,0	100,0	-	
– Veneto	0,3	-	19,1	16,5	26,5	48,6	15,7	11,8	3,0	-	21,8	-	15,2	70,6	27,1	23,1	-	100,0	100,0	-		
– Friuli V.G.	-	-	23,6	12,8	39,4	16,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0	-	
– Liguria	10,7	-	30,7	28,3	10,7	71,7	-	-	-	-	47,9	-	-	-	47,9	-	-	-	100,0	100,0	-	
– Emilia R.	1,4	0,5	20,5	8,4	28,6	41,8	11,7	0,5	10,9	1,3	17,7	2,6	9,2	44,7	17,7	2,6	-	100,0	100,0	-		
– Toscana	1,5	-	14,7	-	39,8	96,2	7,4	3,8	12,8	-	23,8	-	-	-	23,8	-	-	-	100,0	100,0	-	
– Umbria	-	-	5,5	-	66,4	23,1	-	-	-	-	5,9	-	-	-	5,9	-	-	-	100,0	100,0	-	
– Marche	-	-	18,9	11,4	34,2	77,3	6,6	-	17,7	11,4	14,8	-	7,7	-	11,4	14,8	-	-	100,0	100,0	-	
– Lazio	-	3,0	13,2	20,8	18,1	52,5	5,2	0,4	7,6	0,1	14,8	15,2	41,1	7,9	0,1	14,8	15,2	-	100,0	100,0	-	
– Abruzzo	-	-	32,6	26,2	38,6	34,6	11,4	-	-	-	17,4	39,2	-	-	17,4	39,2	-	-	100,0	100,0	-	
– Molise	-	-	40,7	34,2	31,5	-	-	-	-	-	27,8	65,8	-	-	27,8	65,8	-	-	100,0	100,0	-	
– Campania	1,5	1,3	18,5	27,7	42,1	52,1	9,0	12,2	9,4	5,5	19,5	1,2	-	-	5,5	19,5	1,2	-	100,0	100,0	-	
– Puglia	8,9	-	37,1	27,2	36,0	40,7	0,8	-	-	-	15,1	32,1	2,1	-	15,1	32,1	2,1	-	100,0	100,0	-	
– Basilicata	-	-	-	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0	-	
– Calabria	-	-	16,7	9,1	32,5	90,9	-	-	8,2	-	30,7	-	-	-	30,7	-	-	-	100,0	100,0	-	
– Sicilia	2,1	1,6	30,5	19,7	44,0	23,8	3,5	18,9	2,4	0,8	14,8	35,2	2,7	-	0,8	14,8	35,2	2,7	-	100,0	100,0	
– Sardegna	-	6,6	31,2	13,2	48,2	40,8	-	-	6,9	19,7	13,7	19,7	-	-	19,7	13,7	19,7	-	-	100,0	100,0	
Nord	3,0	1,6	23,5	15,9	29,7	48,0	6,6	5,5	5,8	3,4	22,7	10,9	8,6	14,7	3,4	22,7	10,9	8,6	14,7	100,0	100,0	
Centro	0,2	2,9	13,6	20,1	23,0	53,2	5,5	0,4	8,7	0,4	15,7	14,5	33,3	8,5	0,4	15,7	14,5	33,3	8,5	100,0	100,0	
Sud	2,2	1,0	26,0	26,5	41,1	41,8	4,9	6,9	5,2	3,4	18,3	20,4	2,2	0,0	3,4	18,3	20,4	2,2	0,0	100,0	100,0	
Italia	2,1	1,9	21,9	21,0	31,7	47,7	5,8	4,2	6,4	2,3	19,6	15,4	12,6	7,5	2,3	19,6	15,4	12,6	7,5	100,0	100,0	

Fonte: Aiop

Tab. S/10 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche. Anno 2013

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	TRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD
- Piemonte	-	985	85	1.163	216	3.259	44	567	243	1.042	209	29	115	313	25	629	1.149	111
- Valle d'Aosta	-	30	2	27	2	137	3	16	5	39	5	1	-	-	16	-	22	34
- Lombardia	-	2.378	180	2.256	373	8.231	119	1.110	595	2.338	406	64	257	652	58	1.276	3.349	230
- P.A. di Bolzano	-	152	8	110	15	589	5	54	51	139	30	-	10	37	3	96	410	15
- P.A. di Trento	-	122	11	162	20	500	5	82	14	209	19	4	9	42	2	70	321	16
- Veneto	-	1.228	85	1.047	198	4.430	65	782	248	2.120	239	27	106	338	24	711	2.072	122
- Friuli Venezia Giulia	1	345	24	421	68	1.189	13	247	56	444	59	14	22	135	8	158	636	40
- Liguria	2	413	35	462	45	1.392	29	209	92	463	106	12	34	165	11	240	554	38
- Emilia Romagna	1	1.117	88	956	135	3.988	42	740	226	1.540	230	26	83	315	25	754	1.931	65
- Toscana	4	1.225	78	1.204	141	3.886	50	655	236	1.974	183	26	108	515	48	569	1.776	107
- Umbria	-	290	20	403	39	592	13	139	47	262	41	7	31	185	6	158	341	42
- Marche	-	421	36	486	78	1.070	26	185	96	451	63	12	55	183	12	197	479	52
- Lazio	3	1.058	126	1.129	219	4.098	79	601	284	1.392	242	39	183	541	36	804	1.623	200
- Abruzzo	-	276	25	434	81	738	11	134	83	299	59	8	35	137	12	126	279	37
- Molise	1	97	11	157	49	296	9	52	33	102	23	2	15	32	5	55	143	18
- Campania	8	715	89	577	243	2.715	22	459	212	1.028	183	11	120	320	16	628	821	155
- Puglia	2	742	66	1.225	356	2.000	36	384	231	834	146	16	118	361	28	394	780	164
- Basilicata	-	150	15	190	26	498	8	111	40	179	40	3	28	42	6	86	194	23
- Calabria	-	251	34	405	79	740	14	138	61	224	59	8	55	124	7	178	281	53
- Sicilia	11	889	106	629	242	3.570	50	547	256	1.169	254	20	137	281	30	702	1.149	182
- Sardegna	2	412	33	407	124	957	19	194	85	392	79	10	51	134	15	204	386	46
Nord	4	6.770	518	6.604	1.072	23.715	325	3.807	1.530	8.334	1.303	177	636	2.013	156	3.956	10.456	641
Centro	7	2.994	260	3.222	477	9.646	168	1.580	663	4.079	529	84	377	1.424	102	1.728	4.219	401
Sud	24	3.532	379	4.024	1.200	11.514	169	2.019	1.001	4.227	843	78	559	1.431	119	2.373	4.033	678
Italia	35	13.296	1.157	13.850	2.749	44.875	662	7.406	3.194	16.640	2.675	339	1.572	4.868	377	8.057	18.708	1.720

CIP: Camera iperbarica, ECT: Ecotomografo, TAC: Tomografo assiale computerizzato, EMD: Apparecchio per emodialisi, AME: Analizzatore multiparametrico selettivo, MON: Monitor, TRM: Tomografo a risonanza magnetica, TOP: Tavolo operatorio, GRD: Gruppo radiologico, VPO: Ventilatore polmonare, PRD: Apparecchio portatile per radioscopia, ALI: Acceleratore lineare, TTE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico, AIC: Analizzatore automatico per immunochimica, GCC: Gamma camera computerizzata, ANS: Apparecchio per anestesia, LSC: Lampada scaltica, GCD: Contaglobuli automatico differenziale.

Fonte: elaborazioni Ermeniea su dati Ministero della Salute

Tab. S/11 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura accreditate. Anno 2013

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	TRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD
- Piemonte	1	119	15	4	27	266	18	59	35	63	30	1	30	31	1	67	78	35
- Valle d'Aosta	-	1	-	-	1	6	-	2	1	2	1	-	-	1	1	-	2	4
- Lombardia	10	485	51	185	120	1.406	57	242	154	319	95	16	66	96	6	272	524	66
- P.A. di Bolzano	-	7	2	-	-	27	3	-	4	-	-	-	2	3	2	-	-	1
- P.A. di Trento	-	17	3	-	2	11	3	4	7	4	2	-	-	4	2	-	4	4
- Veneto	-	63	8	-	13	148	13	35	25	19	12	-	10	21	-	32	44	14
- Friuli Venezia Giulia	-	35	6	25	8	51	5	20	9	13	7	-	5	6	-	20	25	6
- Liguria	-	8	-	2	4	27	-	7	4	16	4	-	4	3	-	9	11	4
- Emilia Romagna	1	184	22	72	31	429	32	125	58	185	50	3	41	28	3	146	218	25
- Toscana	-	72	10	25	26	225	7	67	28	91	24	4	18	13	-	72	95	21
- Umbria	-	8	2	-	4	37	2	15	6	10	9	-	5	2	-	16	15	3
- Marche	-	50	8	-	15	92	8	27	21	30	13	-	12	22	1	30	47	10
- Lazio	1	145	38	475	67	547	31	144	96	125	64	4	64	68	8	144	200	69
- Abruzzo	-	57	10	10	20	208	13	31	17	61	14	-	19	21	-	33	53	13
- Molise	-	9	3	1	5	14	1	4	4	4	3	-	4	3	2	6	6	3
- Campania	3	210	52	60	70	568	21	198	101	220	72	4	65	69	17	237	267	79
- Puglia	-	130	22	146	52	362	13	76	42	132	37	2	34	41	2	74	130	35
- Basilicata	-	2	1	-	1	8	1	2	1	-	1	-	1	1	-	4	2	1
- Calabria	-	93	18	3	33	218	10	66	36	98	25	2	26	27	6	75	95	31
- Sicilia	2	188	47	16	99	467	32	167	88	194	65	6	62	53	8	193	233	67
- Sardegna	-	47	6	117	16	76	6	36	12	25	12	-	10	12	-	36	39	9
Nord	12	919	108	288	207	2.371	131	494	297	621	201	22	164	190	10	552	912	156
Centro	1	275	58	500	112	901	48	253	151	256	110	8	99	105	9	262	357	103
Sud	5	736	159	353	296	1.921	97	580	301	734	229	14	221	227	35	658	825	238
Italia	18	1.930	325	1.141	615	5.193	276	1.327	749	1.611	540	44	484	522	54	1.472	2.094	497

CIP: Camera iperbarica, ECT: Ecotomografo, TAC: Tomografo assiale computerizzato, EMD: Apparecchio per emodialisi, AME: Analizzatore multiparametrico selettivo, MON: Monitor, TRM: Tomografo a risonanza magnetica, TOP: Tavolo operatorio, GRD: Gruppo radiologico, VPO: Ventilatore polmonare, PRD: Apparecchio portatile per radioscopia, ALI: Acceleratore lineare, TTE: Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico, AIC: Analizzatore automatico per immunochimica, GCC: Gamma camera computerizzata, ANS: Apparecchio per anestesia, LSC: Lampada scialitica, GCD: Contaglobuli automatico differenziale.

Fonte: elaborazioni Ermenegida su dati Ministero della Salute

Tab. S/12 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura non accreditate. Anno 2013

Regioni	CIP	ECT	TAC	EMD	AME	MON	TRM	TOP	GRD	VPO	PRD	ALI	TTE	AIC	GCC	ANS	LSC	GCD	
- Piemonte	-	26	4	4	1	4	56	2	28	15	16	5	-	4	3	-	31	35	5
- Lombardia	-	29	4	1	5	80	3	34	16	31	11	-	-	5	3	2	39	54	7
- P.A. di Bolzano	-	5	2	-	-	38	2	9	8	4	5	-	1	-	-	-	9	10	1
- P.A. di Trento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Veneto	-	-	-	-	-	3	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-	2	3	-
- Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Liguria	-	5	2	-	-	23	1	10	3	2	5	-	-	2	-	-	8	11	1
- Emilia Romagna	-	10	2	-	2	19	1	10	2	3	3	-	2	2	-	-	10	22	1
- Toscana	-	20	3	1	2	14	2	12	4	7	3	1	2	1	1	1	11	11	2
- Umbria	-	2	-	-	-	2	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	2	2	-
- Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Lazio	-	101	24	71	27	267	17	107	40	116	41	4	27	24	5	130	164	40	-
- Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Campania	-	11	3	-	2	20	-	16	3	17	3	1	3	3	-	15	20	4	-
- Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Sicilia	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	1	-	-
- Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Nord	-	75	14	2	11	219	9	94	44	56	30	-	14	8	2	99	135	15	-
- Centro	-	123	27	72	29	283	19	122	44	124	44	5	29	25	6	143	177	42	-
- Sud	-	11	3	-	2	22	-	17	3	18	3	1	3	3	-	17	21	4	-
- Italia	-	209	44	74	42	524	28	233	91	198	77	6	46	36	8	259	333	61	-

CIP: Camera ipobarica, 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 passano dai quasi 220 mila del 2009 ai 199 mila del 2013, con una diminuzione del -9,3%. Tale diminuzione ha colpito in misura lievemente superiore la componente privata accreditata (-9,7%), rispetto alla componente pubblica (-9,2%) come mostrano i dati della tab. S/14.

Continua anche la diminuzione delle giornate di degenza, che dai 62 milioni del 2009 raggiungono 56 milioni del 2013, con una flessione del -10%, che per le strutture pubbliche è stato del -10,1%, e per quelle private del -9,6%; queste ultime ancora penalizzate dalle politiche regionali di riduzione dei budget sulla ospedaliera accreditata.

Nella tabella S/15 vengono messi a confronto i valori di riferimento dell'attività di ricovero 2013 con quelli dell'anno precedente.

La degenza media complessiva si mantiene sul livello delle 8 giornate e risulta più alta per le case di cura private accreditate (9 giornate): il risultato rilevato dalla tabella S/15 è legato soprattutto all'influenza delle lungodegenze e della riabilitazione. Il dato cambia se si considerano i pazienti acuti: si scende infatti a 7,1 giornate nel pubblico come evidenzia la tabella S/16, e a 5,4 giornate nel privato come mostra la tabella S/18.

Il tasso di occupazione complessivo dei posti letto, rilevabile sempre dalla tabella S/15, si porta nel 2013 al 77%, in linea con quello dell'anno precedente pari al 77,1%.

Se si considerano i soli ricoveri per acuti, la degenza media resta sostanzialmente invariata nel 2013 sia per le strutture pubbliche (tab. S/16) che per le strutture private (tab. S/18). Nello stesso periodo il tasso di utilizzo tende a diminuire per entrambe le tipologie di operatori (tab. S/18).

2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi

Una situazione più aggiornata delle giornate di degenza e dei casi trattati può essere tuttavia desunta dalle elaborazioni delle schede di dimissione ospedaliera SDO, per le quali è invece disponibile una versione consolidata al 2015.

Tali elaborazioni, 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, insieme ad alcuni indicatori di complessità e performance. I risultati vengono proposti sia per la totalità degli istituti di cura, sia per le strutture facenti capo all'Aiop, per le quali ci si può avvalere di un più recente aggiornamento al 2016.

Nelle tabelle S/20 ed S/21, viene evidenziato come nel 2015 siano stati trattati più di 9 milioni e 300 mila pazienti, di cui quasi 1,5 milioni (pari al 16,6%) nelle case di cura private accreditate e non. Occorre rammentare che dal 2009 il Ministero della salute ha inglobato nella colonna della tabella S/20 dedicata ai dati del privato anche i c.d. istituti privati in convenzione obbligatoria (altrimenti detti 'pubblici assimilati'), vale a dire Policlinici privati, Ircs privati, Fondazioni private, Ospedali religiosi classificati, Presidi USL ed Enti di ricerca, creando un nuovo settore 'privato allargato' che raggiunge nel 2015 il 28,3% dell'offerta complessiva.

Il numero di giornate di degenza per i ricoveri ordinari si è distribuito tra i 39 milioni del pubblico ed i 15,9 milioni del 'privato allargato', mentre il volume di accessi in regime di day hospital è risultato rispettivamente pari a 4,8 e 1,4 milioni.

Il complesso di giornate di degenza ed accessi diurni rilevato nelle sole case di cura private accreditate e non accreditate ammontano a più di 11 milioni, con un rapporto del 18,1% rispetto al totale, contro il 17,5% del 2012.

Nei dati complessivi della tabella S/20 sono compresi anche i dimessi (quasi 375 mila) e le giornate di degenza (più di 1 milione e 100 mila) attribuite al DRG 491 (neonato sano) che il Ministero della salute non riporta invece nelle successive tavole per tipologia di istituto.

Il volume di pazienti dimessi e di giornate di degenza prodotte, per tipo di istituto, per tipo di attività e per regime di ricovero conferma il contributo più che proporzionale degli ospedali privati (case di cura accreditate) nel campo della riabilitazione e della lungodegenza (cfr. tab. S/21 e S/22).

2.3. I DRG più diffusi

L'analisi condotta sui dati delle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2015 consente di osservare l'attività dell'intero comparto ospedaliero senza disaggregazioni tra operatori pubblici e privati (tab. S/23), mentre per quanto riguarda l'area di offerta che fa riferimento ad Aiop, grazie anche alla disponibilità delle sue sedi regionali per la raccolta dei dati relativi alle strutture associate, si propone una anticipazione sui risultati del 2015 (tab. S/24).

Nelle tabelle richiamate vengono mostrati i primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni, relativi ai casi di pazienti acuti in regime di ricovero ordinario, rispettivamente per tutti gli ospedali e per gli ospedali privati (case di cura accreditate). Per questi ultimi viene fornita anche una scomposizione territoriale Nord, Centro, Sud (tabb. S/25, S/26 e S/27).

La tabella S/28 illustra l'attività di ricovero per i pazienti acuti trattati in day hospital negli istituti di cura pubblici e privati, con riferimento ai 30 DRG più frequenti. Le tabelle S/29 e S/30 mostrano in quali DRG sono stati classificati i pazienti che hanno fatto ricorso a cure riabilitative nel complesso degli ospedali pubblici e privati (anno 2015) e in modo più specifico negli ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop (anno 2016).

A livello aggregato pubblico/privato si conferma come DRG più frequente quello del parto con 289.883 dimissioni nel 2015 (contro le 323.412 unità del 2010) ed un'incidenza sul totale dei casi del 4,5% (era 4,4% nel 2010) (tab. S/23).

Negli ospedali privati (case di cura accreditate) invece troviamo al primo posto anche nel 2016 gli interventi di sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (con 58.418 casi, pari al 7,4% del totale del settore).

Per quanto riguarda il confronto tra istituti pubblici e case di cura private accreditate, in tema di indicatori di complessità (peso medio e indice di case-mix) si rimanda allo specifico capitolo della parte prima del Rapporto.

2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche

Nelle tabelle che vanno dalla S/31 alla S/35 si può osservare una classificazione più aggregata degli stessi dati derivanti dall'analisi delle schede di dimissioni ospedaliere riportati nelle tavole precedenti, che vengono mostrati in questo caso in termini di Maggiori Categorie Diagnostiche (MDC) in cui

sono raggruppati i DRG, così come riportato nel Rapporto SDO del Ministero della salute.

Nel campo dei ricoveri per acuti in regime ordinario primeggiano le malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio con 929.239 casi nel 2015, contro i 1.081.067 registrati nel 2010; e ancora vanno segnalate le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, con 808.557 casi nel 2015 (contro i 904.021 del 2010), 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 (35,5 giornate), delle infezioni da Hiv (16,4 giornate), dei traumatismi multipli rilevanti (14,1 giornate) e delle ustioni (13,3 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 (256.895 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 139.441 casi), seguiti dalle malattie e dai disturbi del sistema nervoso (con 74.172 casi) e quindi dalle malattie e dai disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (con 48.554 casi), come mostra la tabella S/33.

I ricoveri di riabilitazione in day hospital (tab. S/34) mostrano una maggiore concentrazione sulle stesse categorie diagnostiche del regime ordinario, anche se con un ordine diverso: al primo posto infatti ci sono le malattie e i disturbi del sistema nervoso (12.661 casi), al secondo posto le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (6.621 casi) ed infine i casi classificati nella MDC dei Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (6.525 casi).

2.5. Le attività classificate per disciplina

Anche la variabile delle classificazioni per disciplina clinica, che costituisce una ulteriore interessante modalità di analisi dei dati di attività delle strutture ospedaliere, abitualmente proposta nelle tabelle che vanno dalla n. S/36 alla n. S/60, risente ancora del mancato aggiornamento ministeriale per il 2014.

L'insieme delle informazioni presentate e dei relativi indicatori continua a fornire una sorta di vera e propria banca dati (con riferimento però ancora all'anno 2013) utilizzabile a titolo informativo e/o di ulteriore analisi, considerando che vengono messi a confronto i risultati delle attività delle diverse

case di cura accreditate nella loro totalità con quelle che fanno capo all'Aiop, sia a livello nazionale (tab. S/36) che a livello delle singole Regioni (dalla tabella S/37 alla tabella S/57).

Successivamente i dati vengono riaggregati e suddivisi anche per grandi ripartizioni territoriali (tabb. S/58, S/59 e S/60).

2.6. La mobilità sanitaria

L'argomento conclusivo del presente capitolo è rappresentato, come ormai da qualche edizione del Rapporto, dagli aspetti più propriamente connessi con le caratteristiche della domanda di ricovero espressa dai cittadini in correlazione con la loro percezione della qualità delle cure offerta dai Servizi Sanitari Regionali; una diversa e non meno interessante interpretazione dei dati sulla produzione ospedaliera illustrati nei paragrafi precedenti. L'analisi si sposta in questo caso sull'osservazione della dinamica dei flussi interregionali dei pazienti, elaborati a partire dai dati contenuti nelle matrici ministeriali sulla mobilità.

L'analisi della mobilità sanitaria tra Regioni, infatti, oltre a rivestire un ruolo fondamentale come strumento di programmazione regionale, contribuisce a valutare, tra l'altro, la propensione dei cittadini ad avvalersi del principio di libera scelta che dovrebbe essere garantito dal nostro sistema sanitario.

La tabella S/61 ci offre il quadro dell'evoluzione temporale di tale propensione, esprimendola in termini di indici sintetici di attrazione e fuga riferiti agli ultimi cinque anni disponibili, il tutto completato da una colonna finale che mostra il valore più recente di saldo netto del flusso di pazienti acuti in ingresso e in uscita nei rispettivi ambiti territoriali.

I dati desunti dalle matrici di mobilità interregionale del rapporto SDO, aggiornate quest'anno al 2015, confermano la storica tendenza attrattiva di Regioni come la Lombardia, costantemente ai vertici di questa graduatoria con saldi attivi che sfiorano le 70.000 unità, l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto, l'Umbria ed il Friuli Venezia Giulia. Così come appare confermata la marcata tendenza a ricorrere ai servizi ospedalieri di altri sistemi regionali, ritenuti evidentemente più affidabili o più accessibili, mostrata nel tempo dai cittadini di Campania, Calabria, Sicilia, Abruzzo, Lazio e Sardegna.

Il fenomeno della mobilità, come più volte sottolineato, continua ad essere un tema delicato nel dibattito sul riassetto della rete ospedaliera, così come su quello della libera scelta del luogo di cura. Tutto questo spinge sem-

pre di più alcune Regioni a realizzare accordi tra sistemi sanitari di aree limitrofe (ma non solo) al fine di mettere sotto controllo i flussi dei pazienti. La stessa Conferenza Stato-Regioni è recentemente intervenuta per orientare i comportamenti delle Regioni più attrattive, tagliando del 50% il riparto finanziario relativo agli incrementi dei flussi registratisi nel biennio 2014-2015 nel settore accreditato. Su questo argomento sono stati sollecitati anche i Presidenti regionali Aiop, per cogliere le sensazioni dei cittadini e per valutare le ricadute sui flussi di mobilità in entrata.

Al tema della mobilità sanitaria, alle misure già adottate o allo studio per metterla sotto controllo ed ai delicati aspetti legati al diritto di libera scelta, è stato dedicato anche quest'anno un apposito paragrafo nella Parte Prima del presente rapporto.

Tab. S/13 – Posti letto, giornate di degenza e tasso di utilizzazione – Ricoveri ordinari

	2009			2010			2011			2012			2013		
	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %	Posti letto	Giornate di degenza	T.U. %
Publici	172.718	50.836.854	80,6	168.926	50.114.576	81,3	166.544	48.492.926	79,8	161.653	47.155.798	79,9	156.762	45.685.829	79,8
Privati accredit.	46.686	11.281.737	66,2	45.622	10.945.990	65,7	44.487	10.688.865	65,8	42.970	10.422.856	66,5	42.142	10.202.409	66,3
Totale	219.404	62.118.591		214.548	61.060.566		211.031	59.181.791		204.623	57.578.654		198.904	55.888.238	
	%	%		%	%		%	%		%	%		%	%	
Publici	78,7	81,8		78,7	82,1		78,9	81,9		79,0	81,9		78,8	81,7	
Privati accredit.	21,3	18,2		21,3	17,9		21,1	18,1		21,0	18,1		21,2	18,3	
Totale	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0	

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati del Rapporto "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013

Tab. S/14 – Incremento annuo dell'attività, posti letto e giornate di degenza

	2010/2009			2011/2010			2012/2011			2013/2012			2013/2009		
	Posti letto	Giornate di degenza		Posti letto	Giornate di degenza		Posti letto	Giornate di degenza		Posti letto	Giornate di degenza		Posti letto	Giornate di degenza	
Publici	-2,2	-1,4		-1,4	-3,2		-2,9	-2,8		-3,0	-3,1		-9,2	-10,1	
Privati accreditati	-2,3	-3,0		-2,5	-2,3		-3,4	-2,5		-1,9	-2,1		-9,7	-9,6	
Totale	-2,2	-1,7		-1,6	-3,1		-3,0	-2,7		-2,8	-2,9		-9,3	-10,0	

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati del Rapporto "Attività gestionali ed economiche delle Usl e Aziende ospedaliere", Ministero della Salute, Anni 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013

Tab. S/15 – Istituti pubblici e privati accreditati – Dati di attività per ricoveri ordinari. Anno 2013

Tipo istituto	2013						2012	
	Posti letto	Dimessi	Giornate	Degenza media	Occup. %		Degenza media	Occup. %
– Totale istituti pubblici ed assimilati	156.762	5.879.708	45.685.829	7,8	79,8		7,8	79,9
– Case di cura private accreditate	42.142	1.136.424	10.202.409	9,0	66,3		9,0	66,5
Totale istituti pubblici e privati accreditati	198.904	7.016.132	55.888.238	8,0	77,0		8,0	77,1

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 (%)	Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 ab.)	Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 ab.)
– Piemonte	10.758	383.198	2.925.216	7,6	74,5	87,6	77,8
– Valle d'Aosta	428	14.748	113.033	7,7	72,4	115,4	84
– Lombardia	23.621	962.330	6.837.352	7,1	79,3	98,3	78,7
– P.A. di Bolzano	1.616	63.819	431.025	6,8	73,1	125,2	72
– P.A. di Trento	1.315	47.295	364.855	7,7	76,0	89,2	67
– Veneto	13.021	448.061	3.614.343	8,1	76,0	91,8	7,7
– Friuli V.G.	3.653	130.320	970.378	7,4	72,8	106,7	81
– Liguria	4.408	169.053	1.340.071	7,9	83,3	108,0	76,1
– Emilia R.	11.295	471.636	3.100.207	6,6	75,2	107,7	70,8
– Toscana	9.251	384.296	2.506.923	6,5	74,2	104,1	62,7
– Umbria	2.353	109.501	699.612	6,4	81,5	123,6	6,6
– Marche	3.886	149.203	1.102.798	7,4	77,7	96,6	6,2
– Lazio	13.042	526.590	3.937.499	7,5	82,7	94,8	7,3
– Abruzzo	3.033	123.541	899.763	7,3	81,3	94,1	7,7
– Molise	824	36.977	262.997	7,1	87,4	118,0	82,8
– Campania	9.899	433.646	2.911.759	6,7	80,6	75,2	85,7
– Puglia	8.989	413.949	2.766.050	6,7	84,3	102,2	71
– Basilicata	1.422	55.805	385.415	6,9	74,3	96,9	6,6
– Calabria	3.126	135.084	921.315	6,8	80,7	69,0	6,9
– Sicilia	9.697	405.120	2.811.350	6,9	79,4	81,0	6,8
– Sardegna	4.528	163.203	1.119.198	6,9	67,7	99,5	79,8
Nord	70.115	2.690.460	19.696.480	7,3	77,0	98,3	7,0
Centro	28.532	1.169.590	8.246.832	7,1	79,2	100,1	7,5
Sud	41.518	1.767.325	12.077.847	6,8	79,7	85,7	71
<i>Italia</i>	<i>140.165</i>	<i>5.627.375</i>	<i>40.021.159</i>	<i>7,1</i>	<i>78,2</i>	<i>94,3</i>	<i>6,8</i>

(*) Sono escluse le discipline: 22 – Residuale manicomiale, 28: Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuro-riabilitazione.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S/17 – Attività di degenza per non acuti (*) delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011

Regioni	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 manicomiale, 28: Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuro-riabilitazione.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S/18 – Attività di degenza per acuti (*) degli ospedali privati (case di cura accreditate), per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011

Regioni	Positi letto effettivamente utilizzati	Ricoveri	Giornate di degenza effettuate	2013			2011		
				Degenza media	Tasso di utilizzo (%)	Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 ab.)	Degenza media	Tasso di ospedalizzazione (%)	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
– Lazio	2.464	76.876	494.196	6,4	54,9	13,8	7,6	62,1	14,8
– Abruzzo	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.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S/19 – Attività di degenza per non acuti (*) degli ospedali privati (case di cura accreditate), per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011

Regioni	Posti letto effettivamente utilizzati	Ricoveri	Giornate di degenza effettuate	2013		2011	
				Degenza media	Tasso di utilizzo (%)	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)
– Piemonte	2.405	21.461	640.642	29,9	73,0	32,7	66,3
– Valle d' Aosta	64	770	15.461	20,1	66,2	22,3	58,0
– Lombardia	3.427	49.357	1.161.323	23,5	92,8	23,9	93,4
– P.A. di Bolzano	231	3.610	88.334	24,5	104,8	24,9	99,1
– P.A. di Trento	428	7.534	167.329	22,2	107,1	23,0	100,1
– Veneto	423	5.820	130.250	22,4	84,4	22,3	90,2
– Friuli V.G.	96	895	19.428	21,7	55,4	21,9	68,4
– Liguria	123	2.868	31.530	11,0	70,2	12,9	75,2
– Emilia Romagna	1.697	27.072	594.658	22,0	96,0	22,4	97,6
– Toscana	583	7.059	178.227	25,2	83,8	22,8	74,9
– Umbria	32	495	5.966	12,1	51,1	12,7	57,7
– Marche	415	4.191	130.940	31,2	86,4	30,8	88,4
– Lazio	1.953	21.573	641.686	29,7	90,0	34,4	82,7
– Abruzzo	445	5.476	138.376	25,3	85,2	26,9	81,6
– Molise	60	479	11.702	24,4	53,4	29,7	73,7
– Campania	1.406	10.051	356.451	35,5	69,5	38,1	85,8
– Puglia	694	8.847	205.265	23,2	81,0	22,5	81,6
– Basilicata	99	915	31.506	34,4	87,2	33,7	50,8
– Calabria	792	6.962	186.716	26,8	64,6	31,5	73,1
– Sicilia	799	11.589	253.668	21,9	87,0	21,5	81,6
– Sardegna	224	3.090	60.282	19,5	73,7	20,9	69,4
Nord	8.894	119.387	2.848.955	23,9	87,8	24,5	86,9
Centro	2.983	33.318	956.819	28,7	87,9	31,4	81,9
Sud	4.519	47.409	1.243.966	26,2	75,4	27,3	79,8
<i>Italia</i>	<i>16.396</i>	<i>200.114</i>	<i>5.049.740</i>	<i>25,2</i>	<i>84,4</i>	<i>26,5</i>	<i>83,9</i>

(*) Sono incluse le discipline: 22 – Residuale manicomiale, 28: Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuro-riabilitazione.

Nota: ultimo dato ministeriale disponibile al momento della pubblicazione del presente Rapporto.

Fonte: dati Ministero della Salute

Tab. S/20 – Schede di dimissione ospedaliera (SDO): attività rilevata, totale nazionale e per istituti pubblici e privati – Dimessi e giornate di ricovero. Anno 2015

	Numero casi		Numero giornate	
	Pubblico	Privato	Totale	Totale
- Acuti – Regime ordinario	4.892.583	1.505.451	6.398.034	8.172.986
- Acuti – Day hospital	1.502.550	567.273	2.069.823	1.117.742
- Riabilitazione – Regime ordinario	78.984	239.323	318.307	6.351.979
- Riabilitazione – Day hospital	15.071	19.035	34.106	317.695
- Lungodegenza	56.631	54.078	110.709	1.585.206
- Neonati sani ⁽¹⁾	297.079	77.548	374.627	237.034
Totale	6.842.898	2.462.708	9.305.606	17.782.642

Istituti pubblici: Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta.

Istituti privati: Policlinici privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private.

La voce "Lungodegenza" comprende i dimessi da Regime ordinario e Day Hospital.

(1) Classificati nel DRG 391.

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S/21 – Distribuzione dei dimessi per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2015

Tipo di istituto	Acuti				Riabilitazione			
	Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
- Istituti pubblici ed equiparati	5.460.055	85,3	1.755.104	84,8	150.211	47,2	24.045	70,5
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	882.995	13,8	303.253	14,6	168.031	52,8	10.061	29,5
- Case di cura private	54.984	0,9	11.466	0,6	65	0,0	-	0,0
Totale	6.398.034	100,0	2.069.823	100,0	318.307	100,0	34.106	100,0

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S/22 – Distribuzione delle giornate di degenza per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2015

Tipo di istituto	Acuti				Riabilitazione			
	Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
- Istituti pubblici ed equiparati	39.257.100	89,6	5.185.821	90,8	4.023.161	48,3	299.239	61,4
- Ospedali privati (case di cura accreditate)	4.384.105	10,0	514.330	9,0	4.301.755	51,7	187.967	38,6
- Case di cura private	187.988	0,4	12.076	0,2	1.102	0,0	-	0,0
Totale	43.829.193	100,0	5.712.227	100,0	8.326.018	100,0	487.206	100,0

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S/23 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ritorni per acuti – Regime ordinario. Anno 2015

Rango	DRG	Dimissioni			% Giorni di degenza media
		Numero	%	% cumul.	
1	373	289.883	4,5	4,5	2,3
2	127	184.719	2,9	7,4	3,9
3	544	156.897	2,5	9,9	3,2
4	371	155.679	2,4	12,3	1,6
5	087	147.802	2,3	14,6	3,3
6	359	100.874	1,6	16,2	0,9
7	014	93.261	1,5	17,6	2,1
8	430	82.626	1,3	18,9	2,5
9	494	81.361	1,3	20,2	0,7
10	089	80.895	1,3	21,5	2,1
11	316	77.591	1,2	22,7	1,7
12	125	63.118	1,0	23,7	0,5
13	576	62.977	1,0	24,7	1,9
14	311	61.850	1,0	25,6	0,5
15	183	59.432	0,9	26,6	0,7
16	557	55.284	0,9	27,4	0,9
17	503	54.009	0,8	28,3	0,2
18	410	53.693	0,8	29,1	0,6
19	225	52.222	0,8	29,9	0,2
20	390	51.165	0,8	30,7	0,5
21	219	50.805	0,8	31,5	0,8
22	162	49.532	0,8	32,3	0,2
23	558	46.922	0,7	33,0	0,4
24	467	44.716	0,7	33,7	0,3
25	524	41.878	0,7	34,4	0,7
26	082	41.729	0,7	35,0	0,9
27	203	40.609	0,6	35,7	0,9
28	211	40.437	0,6	36,3	0,9
29	224	40.093	0,6	36,9	0,3
30	088	39.931	0,6	37,5	0,8
31	395	38.100	0,6	38,1	0,7
32	184	37.711	0,6	38,7	0,3
33	290	35.743	0,6	39,3	0,3

./.

(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 2015

Range	DRG	Dimissioni			% Giorni di degenza		Degenza media
		Numero	%	% cumul.	%	% cumul.	
34	139	35.723	0,6	39,8	0,3	3,8	3,8
35	381	35.678	0,6	40,4	0,1	1,6	1,6
36	158	35.330	0,6	41,0	0,2	2,2	2,2
37	552	35.180	0,5	41,5	0,4	5,2	5,2
38	149	33.697	0,5	42,0	0,8	10,1	10,1
39	055	33.623	0,5	42,6	0,2	2,1	2,1
40	090	32.627	0,5	43,1	0,6	8,6	8,6
41	298	32.543	0,5	43,6	0,3	3,6	3,6
42	500	32.437	0,5	44,1	0,3	4,1	4,1
43	012	31.923	0,5	44,6	0,6	8,3	8,3
44	124	31.486	0,5	45,1	0,5	6,9	6,9
45	518	31.302	0,5	45,6	0,3	3,6	3,6
46	379	31.286	0,5	46,1	0,3	4,6	4,6
47	337	31.099	0,5	46,5	0,3	4,4	4,4
48	202	30.147	0,5	47,0	0,7	10,1	10,1
49	210	30.123	0,5	47,5	0,9	13,2	13,2
50	208	30.072	0,5	47,9	0,5	6,6	6,6
51	260	27.833	0,4	48,4	0,1	2,3	2,3
52	243	26.545	0,4	48,8	0,4	6,2	6,2
53	098	26.015	0,4	49,2	0,3	4,4	4,4
54	138	25.994	0,4	49,6	0,4	6,4	6,4
55	143	25.789	0,4	50,0	0,2	3,5	3,5
56	389	25.707	0,4	50,4	0,4	6,8	6,8
57	227	25.402	0,4	50,8	0,2	2,6	2,6
58	174	25.399	0,4	51,2	0,5	9,0	9,0
59	538	25.367	0,4	51,6	0,2	2,7	2,7
60	204	25.280	0,4	52,0	0,5	9,2	9,2
Totale (primi 60 DRG)		3.327.151	52,0	47,9			
Totale generale		6.398.034	100,0	100,0			

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S/24 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atopi: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2016

Rango	DRG	Dimissioni			% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%	% cumul.			
1	544	58.418	7,4	7,4	7,8	6,6	385.576
2	503	27.147	3,5	10,9	1,0	1,8	48.510
3	225	22.881	2,9	13,8	0,7	1,4	32.697
4	039	21.957	2,8	16,6	2,0	4,5	99.881
5	371	18.463	2,3	18,9	1,5	4,1	75.381
6	127	17.135	2,2	21,1	3,1	9,0	153.918
7	359	16.717	2,1	23,2	1,1	3,1	52.244
8	373	14.338	1,8	25,0	1,0	3,4	48.427
9	494	13.093	1,7	26,7	0,7	2,7	35.985
10	430	11.833	1,5	28,2	6,5	27,4	324.710
11	125	11.634	1,5	29,7	0,6	2,4	28.442
12	162	11.011	1,4	31,1	0,5	2,4	26.165
13	311	10.413	1,3	32,4	0,6	2,9	29.840
14	224	10.381	1,3	33,7	0,4	2,0	20.401
15	288	9.458	1,2	34,9	0,8	4,0	37.996
16	410	9.347	1,2	36,1	11,8	62,6	584.835
17	223	9.037	1,1	37,3	0,3	1,6	14.587
18	158	8.531	1,1	38,4	0,4	2,1	18.011
19	500	8.336	1,1	39,4	0,5	3,1	26.198
20	498	8.054	1,0	40,4	0,7	4,6	36.797
21	518	7.478	1,0	41,4	0,5	3,3	24.663
22	087	7.477	1,0	42,3	1,4	9,0	67.214
23	558	7.470	0,9	43,3	0,5	3,4	25.238
24	337	7.241	0,9	44,2	0,6	3,9	28.095
25	183	6.977	0,9	45,1	0,7	4,8	33.386
26	467	6.344	0,8	45,9	1,1	8,2	52.101
27	227	6.253	0,8	46,7	0,2	1,6	10.138
28	479	6.079	0,8	47,5	0,4	3,2	19.566
29	538	5.794	0,7	48,2	0,2	2,0	11.608

./.

(Segue) Tab. S'24 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2016

Range	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%	% cumul.		
30	012	5.757	0,7	48,9	1,1	56.540
31	297	5.694	0,7	49,7	0,5	26.641
32	234	5.091	0,6	50,3	0,2	10.703
33	229	5.080	0,6	51,0	0,1	5.868
34	219	4.945	0,6	51,6	0,4	21.906
35	232	4.816	0,6	52,2	0,1	5.873
36	290	4.588	0,6	52,8	0,3	12.970
37	104	4.512	0,6	53,3	1,2	58.443
38	089	4.490	0,6	53,9	1,0	49.080
39	119	4.357	0,6	54,5	0,1	6.583
40	055	4.239	0,5	55,0	0,2	1.875
41	316	4.190	0,5	55,5	0,7	8.334
42	160	4.148	0,5	56,1	0,2	2.711
43	088	3.948	0,5	56,6	0,6	7.931
44	014	3.929	0,5	57,1	0,7	8.849
45	524	3.881	0,5	57,6	0,6	7.328
46	545	3.778	0,5	58,0	0,6	8.532
47	139	3.719	0,5	58,5	0,3	13.076
48	149	3.578	0,5	59,0	0,6	7.741
49	552	3.476	0,4	59,4	0,3	4.515
50	211	3.416	0,4	59,8	0,5	15.698
51	053	3.382	0,4	60,3	0,1	23.306
52	082	3.255	0,4	60,7	0,5	6.708
53	143	3.209	0,4	61,1	0,2	25.691
54	339	3.121	0,4	61,5	0,1	8.505
55	008	3.102	0,4	61,9	0,1	2.488
56	305	3.025	0,4	62,3	0,2	5.252
57	557	3.022	0,4	62,7	0,4	11.679
58	491	2.974	0,4	63,0	0,3	21.466
59	017	2.959	0,4	63,4	0,8	14.040
60	243	2.951	0,4	63,8	0,3	38.094
Totale (primi 60 DRG)		501.929	63,8			16.964
Totale generale		786.863				3.022.903
						4.961.215

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Atop

Tab. S/25 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2016

Rango		DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
			Numero	%			
1	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	31.431	9,1	10,3	6,4	201.104
2	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	15.553	4,5	13,5	1,1	21.136
3	225	Interventi sul piede	14.014	4,0	17,6	0,9	17.162
4	224	Interv. su spalla, gomito o avambr. eccetto interv. maggiori su articolaz. senza CC	6.950	2,0	19,6	0,6	12.088
5	359	Interventi su utero e ammessi non per neoplasie maligne senza CC	6.651	1,9	21,5	0,9	17.760
6	288	Interventi per obesità	6.419	1,9	23,4	3,8	24.680
7	127	Insufficienza cardiaca e shock	6.331	1,8	25,2	3,2	63.351
8	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	5.930	1,7	26,9	1,0	20.278
9	430	Psicosi	5.524	1,6	28,5	7,1	138.327
10	311	Interventi per via transuretrale senza CC	5.033	1,5	29,9	0,7	12.775
11	158	Interventi su ano e stoma senza CC	4.762	1,4	31,3	1,4	6.479
12	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	4.523	1,3	32,6	0,6	11.563
13	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	4.506	1,3	33,9	0,3	5.139
14	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	4.488	1,3	35,2	0,6	11.138
15	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	4.340	1,3	36,4	0,7	14.013
16	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	4.233	1,2	37,7	0,6	12.549
17	232	Artroscopia	4.176	1,2	38,9	0,2	4.691
18	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	4.050	1,2	40,0	1,0	19.065
19	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	3.904	1,1	41,2	0,6	12.209
20	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	3.627	1,0	42,2	0,6	12.296
21	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	3.566	1,0	43,2	0,2	4.676
22	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	3.543	1,0	44,3	0,3	6.737
23	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	3.350	1,0	45,2	0,6	11.311
24	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.283	0,9	46,2	0,2	4.315
25	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	3.024	0,9	47,0	0,1	2.567
26	204	Interv. sulle valvole card. e altri interv. magg. cardiotoracici con cateterismo card.	2.744	0,8	47,8	1,8	34.729
27	119	Interventi su arto inf. e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	2.626	0,8	48,6	0,5	10.277
28	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.555	0,7	49,3	1,4	27.505
29	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.429	0,7	50,0	0,5	10.328
30	297	Disturbi della nutriz. e miscelanea di disturbi del metab., età >17 anni senza CC	2.424	0,7	50,7	4,8	11.727

./.

(Segue) Tab. S/25 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2016

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%			
31	008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC				
32	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC				
33	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi				
34	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola				
35	053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni				
36	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio				
37	119	Legatura e stripping di vene				
38	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC				
39	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale				
40	371	Parto cesareo senza CC				
41	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC				
42	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC				
43	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva				
44	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC				
45	012	Malattie degenerative del sistema nervoso				
46	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore				
47	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari				
48	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino				
49	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni				
50	365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile				
51	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC				
52	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco				
53	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC				
54	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori				
55	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC				
56	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore				
57	544	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore				
58	243	Affezioni mediche del dorso				
59	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni				
60	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio				
Totale (primi 60 DRG)		230.124	66,3			1.130.129
Totale generale (Nord)		346.967				1.935.761

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Atop

Tab. S/26 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24,0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2016

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%			
1	544	10.971	15,1	19,4	6,9	75.672
2	225	5.213	7,2	22,3	2,1	8.113
3	503	4.054	5,6	27,9	1,3	5.266
4	223	3.037	4,2	32,0	1,6	4.783
5	127	2.097	2,9	34,9	5,2	20.169
6	224	1.578	2,2	37,1	1,0	3.930
7	498	1.476	2,0	39,1	1,4	5.355
8	494	1.224	1,7	40,8	2,7	3.306
9	087	1.008	1,4	42,2	8,7	8.800
10	288	978	1,3	43,5	3,9	3.838
11	089	954	1,3	44,9	10,4	9.899
12	219	903	1,2	46,1	1,3	4.967
13	359	862	1,2	47,3	0,7	2.784
14	337	859	1,2	48,5	3,5	2.984
15	311	823	1,1	49,6	0,6	2.487
16	234	817	1,1	50,7	0,5	1.814
17	545	800	1,1	51,8	1,7	6.803
18	305	708	1,0	52,8	0,6	2.299
19	491	701	1,0	53,8	0,8	3.157
20	538	673	0,9	54,7	1,8	1.213
21	227	663	0,9	55,6	0,3	1.243
22	500	640	0,9	56,5	0,4	1.530
23	524	609	0,8	57,3	1,3	4.930
24	014	582	0,8	58,1	1,4	5.354
25	082	530	0,7	58,9	1,3	4.940
26	211	514	0,7	59,6	1,0	3.905
27	316	513	0,7	60,3	1,3	5.181
28	158	509	0,7	61,0	0,3	1.130
29	149	505	0,7	61,7	0,7	2.624
30	055	473	0,7	62,3	0,2	755
31	088	458	0,6	62,9	1,0	3.809

./.

(Segue) Tab. S/26 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2016

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%			
32	053 Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	452	0,6	63,6	2,6	1.187
33	335 Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	449	0,6	64,2	6,0	2.694
34	296 Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	431	0,6	64,8	8,8	3.785
35	467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute	422	0,6	65,4	2,4	999
36	320 Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	417	0,6	65,9	8,9	3.725
37	183 Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	415	0,6	66,5	5,9	2.437
38	162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	411	0,6	67,1	1,4	593
39	297 Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	404	0,6	67,6	5,5	2.237
40	229 Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	402	0,6	68,2	0,1	480
41	304 Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	394	0,5	68,7	3,5	1.369
42	008 Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	390	0,5	69,3	1,6	614
43	232 Artroscopia	380	0,5	69,8	1,5	564
44	313 Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	364	0,5	70,3	2,1	764
45	309 Interventi minori sulla vescica senza CC	362	0,5	70,8	2,9	1.058
46	119 Legatura e stripping di vene	359	0,5	71,3	0,1	293
47	532 Interventi sul midollo spinale senza CC	354	0,5	71,8	2,4	838
48	182 Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	351	0,5	72,2	8,5	2.976
49	120 Altri interventi sull'apparato circolatorio	350	0,5	72,7	4,2	1.476
50	160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	334	0,5	73,2	2,7	911
51	395 Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	328	0,5	73,6	10,6	3.489
52	290 Interventi sulla tiroide	316	0,4	74,1	2,9	920
53	085 Versamento pleurico con CC	291	0,4	74,5	10,9	3.162
54	210 Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	259	0,4	74,8	12,9	3.346
55	090 Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	258	0,4	75,2	9,5	2.457
56	203 Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	255	0,4	75,5	9,7	2.473
57	430 Psicosi	237	0,3	75,9	25,6	6.063
58	138 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	234	0,3	76,2	7,6	1.789
59	015 Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precebrale senza infarto	222	0,3	76,5	8,7	1.922
60	141 Sincope e collasso con CC	216	0,3	76,8	7,8	1.674
Totale (primi 60 DRG)		55.789	76,8		4,8	269.335
Totale generale (Centro)		72.656			5,4	390.739

Fonte: elaborazioni Emeneia su dati Atop

Tab. S/27 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2016

Rango	DRG	Dimissioni		% cum.	% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%				
1	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	21.677	5,9	5,9	3,8	99.505
2	371	Parto cesareo senza CC	16.475	4,5	10,4	2,5	66.105
3	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	16.016	4,4	14,8	4,2	108.800
4	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	9.998	2,7	17,5	1,3	34.414
5	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	9.204	2,5	20,0	1,2	31.700
6	127	Insufficienza cardiaca e shock	8.707	2,4	22,3	2,7	70.398
7	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	7.992	2,2	24,5	22,1	578.813
8	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	7.540	2,1	26,6	0,8	22.108
9	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	7.381	2,0	28,6	0,8	21.541
10	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	7.070	1,9	30,5	0,6	16.716
11	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	6.094	1,7	32,2	0,8	20.433
12	430	Psicosi	6.072	1,7	33,8	6,9	180.320
13	183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	4.627	1,3	35,1	0,7	19.218
14	311	Interventi per via transuretrale senza CC	4.557	1,2	36,3	0,6	14.578
15	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.914	1,1	37,4	1,2	30.909
16	012	Malattie degenerative del sistema nervoso	3.907	1,1	38,5	1,5	40.074
17	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	3.803	1,0	39,5	0,5	12.768
18	225	Interventi sul piede	3.654	1,0	40,5	0,3	7.422
19	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	3.493	1,0	41,4	1,6	40.774
20	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.463	0,9	42,4	0,5	12.119
21	158	Interventi su ano e stomia senza CC	3.260	0,9	43,3	0,4	10.402
22	290	Interventi sulla tiroide	3.217	0,9	44,1	0,4	9.241
23	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	3.032	0,8	45,0	0,5	13.800
24	297	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	2.866	0,8	45,8	0,5	12.677
25	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	2.717	0,7	46,5	0,2	5.489
26	143	Dolore toracico	2.619	0,7	47,2	0,2	5.659
27	316	Insufficienza renale	2.535	0,7	47,9	0,7	18.125
28	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	2.528	0,7	48,6	0,5	12.377
29	006	Decompressione del tunnel carpale	2.417	0,7	49,2	0,2	3.950
30	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.379	0,6	49,9	1,3	33.962
31	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	2.248	0,6	50,5	0,2	4.973

./.

(Segue) Tab. S/27 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Atop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2016

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%	% cumul.		
32	524	2.246	0,6	51,1	0,6	7,1
33	479	2.118	0,6	51,7	0,3	7,129
34	288	2.061	0,6	52,3	0,4	9,478
35	227	2.024	0,6	52,8	0,2	2,1
36	270	1.967	0,5	53,3	0,2	4,103
37	119	1.946	0,5	53,9	0,2	2,3
38	260	1.925	0,5	54,4	0,2	2,6
39	082	1.900	0,5	54,9	0,5	6,5
40	189	1.871	0,5	55,4	0,4	5,4
41	379	1.860	0,5	55,9	0,3	4,4
42	224	1.853	0,5	56,4	0,2	2,4
43	381	1.840	0,5	56,9	0,1	1,1
44	160	1.837	0,5	57,4	0,2	3,2
45	339	1.810	0,5	57,9	0,2	2,6
46	281	1.719	0,5	58,4	0,0	0,2
47	104	1.718	0,5	58,9	0,9	13,4
48	016	1.700	0,5	59,3	0,5	8,2
49	229	1.654	0,5	59,8	0,1	1,7
50	139	1.644	0,4	60,2	0,2	3,2
51	055	1.641	0,4	60,7	0,1	2,4
52	323	1.639	0,4	61,1	1,2	19,1
53	552	1.620	0,4	61,6	0,3	4,2
54	097	1.590	0,4	62,0	0,3	5,7
55	538	1.578	0,4	62,4	0,1	2,3
56	088	1.574	0,4	62,8	0,4	7,0
57	518	1.532	0,4	63,3	0,2	2,8
58	305	1.523	0,4	63,7	0,2	3,6
59	149	1.489	0,4	64,1	0,5	8,1
60	557	1.444	0,4	64,5	0,4	6,5
Totale (primi 60 DRG)		236.785	64,5			7,6
Totale generale (Sud)		367.240				7,1
						2.614.725

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati Atop

Tab. S/28 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Rcoveri per acuti in day hospital. Anno 2015

Rango	DRG	Dimissioni		% Accessi	Numero medio di accessi
		Numero	%	% cumul.	
1	410	139.414	6,7	25,4	10,4
2	381	97.032	4,7	2,2	1,3
3	359	88.047	4,3	2,0	1,3
4	162	68.922	3,3	1,8	1,5
5	266	53.640	2,6	1,5	1,6
6	039	50.080	2,4	1,8	2,0
7	467	48.422	2,3	1,8	2,1
8	503	42.913	2,1	1,1	1,4
9	364	42.188	2,0	1,1	1,4
10	229	32.711	1,6	0,8	1,3
11	538	31.910	1,5	0,8	1,4
12	055	31.375	1,5	0,8	1,5
13	119	31.259	1,5	0,8	1,4
14	270	30.626	1,5	0,8	1,5
15	225	30.114	1,5	0,8	1,4
16	042	28.206	1,4	0,9	1,7
17	169	27.489	1,3	0,7	1,5
18	158	24.473	1,2	0,7	1,6
19	301	21.792	1,1	0,7	2,0
20	395	21.379	1,0	0,5	8,2
21	227	18.717	0,9	0,5	1,4
22	139	18.219	0,9	0,5	1,5
23	466	17.854	0,9	0,8	2,7
24	339	17.638	0,9	0,8	1,5
25	267	16.983	0,8	0,5	1,8
26	404	16.983	0,8	1,6	5,5
27	036	16.704	0,8	0,6	2,0
28	040	16.013	0,8	0,4	1,6
29	262	15.548	0,8	0,4	1,5
30	189	15.097	0,7	0,4	1,6
Totale (primi 30 DRG)		1.111.748	53,7	55,7	
Totale generale		2.069.823	100,0	100,0	2,8

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S/29 – Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ritrover di riabilitazione in regime ordinario. Anno 2015

Range	DRG	Dimissioni		% cumul.	% Giorni di degenza	Degenza media
		Numero	%			
1	236	74.151	23,3	23,3	16,4	18,4
2	012	36.174	11,4	34,7	17,7	40,6
3	249	25.495	8,0	42,7	8,0	26,1
4	145	16.551	5,2	47,9	3,3	16,8
5	144	13.955	4,4	52,3	3,2	19,1
6	462	13.120	4,1	56,4	3,6	22,6
7	009	10.068	3,2	59,5	6,1	50,7
8	245	9.848	3,1	62,6	2,0	17,1
9	087	9.028	2,8	65,5	2,5	23,4
10	247	8.139	2,6	68,0	2,4	24,5
11	127	7.747	2,4	70,5	1,9	19,9
12	430	7.679	2,4	72,9	2,6	28,5
13	236	7.025	2,2	75,1	2,7	31,7
14	035	6.841	2,1	77,2	2,9	34,9
15	088	5.531	1,7	79,0	1,5	22,6
16	034	4.476	1,4	80,4	2,1	38,3
17	014	4.298	1,4	81,7	2,4	45,8
18	248	4.238	1,3	83,1	1,4	28,0
19	243	3.148	1,0	84,0	0,9	24,3
20	467	2.647	0,8	84,9	0,7	22,5
21	544	2.490	0,8	85,7	0,6	19,0
22	428	2.305	0,7	86,4	1,0	34,7
23	013	2.271	0,7	87,1	0,9	34,0
24	023	1.871	0,6	87,7	2,0	91,2
25	133	1.868	0,6	88,3	0,4	16,8
26	135	1.799	0,6	88,8	0,4	19,1
27	522	1.728	0,5	89,4	0,5	26,3
28	429	1.420	0,4	89,8	0,4	24,5
29	019	1.368	0,4	90,3	0,5	30,9
30	073	1.284	0,4	90,7	0,2	12,9
Totale (primi 30 DRG)		288.563	90,7		91,2	
Totale generale		318.307	100,0		100,0	26,2

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S/30 – Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ritrovi di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2016

Rango	DRG	Dimissioni		% giorni di degenza	Degenza media	Giornate di degenza
		Numero	%			
1	256	30.139	28,7	28,7	16,8	507.161
2	012	8.606	8,2	36,9	40,0	344.008
3	249	8.291	7,9	44,8	25,1	208.285
4	145	6.029	5,7	50,5	17,1	102.858
5	245	4.906	4,7	55,2	16,7	81.805
6	430	4.458	4,2	59,4	28,7	127.755
7	462	3.911	3,7	62,3	22,1	86.585
8	144	3.277	3,1	66,3	25	63.227
9	247	2.744	2,6	68,9	23,4	64.152
10	544	2.695	2,6	71,5	14,7	39.705
11	236	2.441	2,3	73,8	32,5	79.362
12	088	1.641	1,6	75,4	21,9	35.896
13	035	1.584	1,5	76,9	35,5	56.217
14	087	1.492	1,4	78,3	23,8	35.498
15	127	1.361	1,3	79,6	1,1	19,6
16	428	1.324	1,3	80,8	34,6	45.798
17	009	1.196	1,1	82,0	45,2	54.107
18	248	1.087	1,0	83,0	1,1	25,6
19	522	975	0,9	83,9	1,0	26,3
20	014	936	0,9	84,8	49,2	46.088
21	468	829	0,8	85,6	0,9	28,2
22	244	770	0,7	86,4	0,6	18,7
23	467	753	0,7	87,1	18,5	13.944
24	034	725	0,7	87,8	1,1	39,4
25	243	713	0,7	88,4	25,9	18.439
26	133	676	0,6	89,1	17,6	11.906
27	019	599	0,6	89,7	0,7	30,2
28	013	517	0,5	90,1	30,5	15.748
29	523	513	0,5	90,6	29,3	15.039
30	297	451	0,4	91,1	23,0	10.351
Totale (primi 30 DRG)		95.639	91,1		23,3	2.228.525
Totale generale		105.026			23,7	2.492.617

Fonte: elaborazioni Ermenegia su dati Aiop

Tab. S/1 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in regime ordinario. Anno 2015

MDC	Numero casi	%	Giori di degenza	Degenza media
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	446.510	7,0	3.599.242	8,1
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	75.703	1,2	222.863	2,9
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	214.538	3,4	691.615	3,2
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	585.119	9,1	5.597.493	9,6
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	929.239	14,5	6.598.171	7,1
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	588.600	9,2	4.107.699	7,0
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	301.082	4,7	2.385.682	7,9
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	808.557	12,6	4.959.688	6,1
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	182.981	2,9	778.544	4,3
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	170.291	2,7	928.020	5,4
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	360.499	5,6	2.422.013	6,7
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	109.570	1,7	520.496	4,8
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	188.074	2,9	767.731	4,1
14 – Gravidanza parto e puerperio	606.771	9,5	2.312.468	3,8
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	117.737	1,8	972.441	8,3
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	72.275	1,1	577.248	8,0
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	153.790	2,4	1.157.417	7,5
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	128.722	2,0	1.388.613	10,8
19 – Malattie e disturbi mentali	142.668	2,2	1.656.225	11,6
20 – Abuso di alcol/droghie e disturbi mentali organici indotti	13.167	0,2	95.192	7,2
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	52.047	0,8	299.108	5,7
22 – Ustioni	4.135	0,1	55.066	13,3
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	90.422	1,4	404.280	4,5
24 – Traumatismi multipli rilevanti	8.749	0,1	122.983	14,1
25 – Infezioni da Hiv	6.468	0,1	106.095	16,4
Altri DRG	12.718	0,2	122.092	9,6
Pre MDC	27.602	0,4	980.708	35,5
Totale generale	6.398.034	100,0	43.829.193	6,9

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S32 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in day hospital. Anno 2015

MDC	Numero casi	%	Accessi	N° medio di accessi
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	75.173	3,6	176.279	2,3
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	133.923	6,5	254.780	1,9
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	141.094	6,8	249.483	1,8
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	34.930	1,7	107.075	3,1
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	119.705	5,8	240.918	2,0
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	170.449	8,2	298.387	1,8
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	33.756	1,6	122.904	3,6
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	256.895	12,4	507.165	2,0
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	166.356	8,0	312.927	1,9
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	66.727	3,2	147.113	2,2
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	85.574	4,1	206.098	2,4
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	78.232	3,8	120.663	1,5
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	178.926	8,6	238.123	1,3
14 – Gravidanza parto e puerperio	116.143	5,6	165.726	1,4
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	2.116	0,1	5.311	2,5
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	44.437	2,1	276.236	6,2
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	202.999	9,8	1.779.045	8,8
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	7.106	0,3	24.362	3,4
19 – Malattie e disturbi mentali	40.361	1,9	197.036	4,9
20 – Abuso di alcool/droghie e disturbi mentali organici indotti	1.114	0,1	11.402	10,2
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	10.160	0,5	27.105	2,7
22 – Ustioni	369	0,0	1.759	4,8
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	90.985	4,4	196.134	2,2
24 – Traumatismi multipli rilevanti	1	0,0	41	41,0
25 – Infezioni da Hiv	9.459	0,5	40.108	4,2
Altri DRG	2.777	0,1	5.846	2,1
Pre MDC	56	0,0	201	3,6
Totale generale	2.069.823	100,0	5.712.227	2,8

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

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 2015

MDC	Numero casi	%	Giorni di degenza	Degenza media
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	74.172	23,3	3.101.648	41,8
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	82	0,0	721	8,8
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.337	0,4	17.246	12,9
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	18.149	5,7	411.932	22,7
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	48.554	15,3	890.846	18,3
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	391	0,1	6.382	16,3
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	231	0,1	2.632	11,4
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	139.441	43,8	2.977.899	21,4
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	228	0,1	4.857	21,3
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.738	0,5	41.502	23,9
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	533	0,2	6.474	12,1
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	33	0,0	234	7,1
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	20	0,0	299	15,0
14 – Gravidanza parto e puerperio	0	0,0	0	0,0
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	7	0,0	294	42,0
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	71	0,0	1.506	21,2
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	90	0,0	2.220	24,7
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	140	0,0	3.533	25,2
19 – Malattie e disturbi mentali	13.180	4,1	380.238	28,8
20 – Abuso di alcol/droghie e disturbi mentali organici indotti	2.791	0,9	71.044	25,5
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	326	0,1	7.590	23,3
22 – Ustioni	18	0,0	679	37,7
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	16.298	5,1	366.583	22,5
24 – Traumatismi multipli rilevanti	164	0,1	7.257	44,3
25 – Infezioni da Hiv	9	0,0	233	25,9
Altri DRG	129	0,0	6.321	49,0
Pre MDC	175	0,1	15.848	90,6
Totale generale	318.307	100,0	8.326.018	26,2

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

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 2015

MDC	Numero casi	%	Accessi	N° medio di accessi
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	12.661	37,1	183.695	14,5
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	33	0,1	179	5,4
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	19	0,1	98	5,2
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.105	3,2	11.613	10,5
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	4.183	12,3	53.085	12,7
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	103	0,3	554	5,4
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2	0,0	2	1,0
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	6.621	19,4	116.013	17,5
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	228	0,7	666	2,9
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	87	0,3	792	9,1
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	183	0,5	1.242	6,8
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	82	0,2	89	1,1
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	21	0,1	88	4,2
14 – Gravidanza parto e puerperio	0	0,0	0	0,0
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	13	0,0	73	5,6
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	11	0,0	20	1,8
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	87	0,3	972	11,2
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	2	0,0	29	14,5
19 – Malattie e disturbi mentali	2.082	6,1	21.879	10,5
20 – Abuso di alcool/droghie e disturbi mentali organici indotti	3	0,0	33	11,0
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	43	0,1	728	16,9
22 – Ustioni	1	0,0	29	29,0
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	6.525	19,1	95.060	14,6
24 – Traumatismi multipli rilevanti	4	0,0	194	48,5
25 – Infezioni da Hiv	0	0,0	0	0,0
Altri DRG	6	0,0	60	10,0
Pre MDC	1	0,0	13	13,0
Totale generale	34.106	100,0	487.206	14,3

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S/35 – Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di lungodegenza. Anno 2015

MDC	Numero casi	%	Giorni di degenza	Degenza media
01 – Malattie e disturbi del sistema nervoso	18.933	17,1	562.587	29,7
02 – Malattie e disturbi dell'occhio	38	0,0	854	22,5
03 – Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	362	0,3	9.492	26,2
04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	14.909	13,5	357.179	24,0
05 – Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	12.925	11,7	324.679	25,1
06 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.104	3,7	104.186	25,4
07 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.914	2,6	70.820	24,3
08 – Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	25.136	22,7	704.280	28,0
09 – Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	1.581	1,4	44.143	27,9
10 – Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	2.409	2,2	59.805	24,8
11 – Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3.707	3,3	90.390	24,4
12 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	295	0,3	7.000	23,7
13 – Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	242	0,2	6.913	28,6
14 – Gravidanza parto e puerperio	7	0,0	187	26,7
15 – Malattie e disturbi del periodo neonatale	13	0,0	293	22,5
16 – Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.090	1,0	22.854	21,0
17 – Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.188	1,1	28.653	24,1
18 – Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	3.054	2,8	90.175	29,5
19 – Malattie e disturbi mentali	9.286	8,4	308.573	33,2
20 – Abuso di alcol/droghie e disturbi mentali organici indotti	448	0,4	11.003	24,6
21 – Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	760	0,7	21.606	28,4
22 – Ustioni	26	0,0	1.119	43,0
23 – Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	6.772	6,1	160.010	23,6
24 – Traumatismi multipli rilevanti	230	0,2	8.358	36,3
25 – Infezioni da Hiv	20	0,0	789	39,5
Altri DRG	98	0,1	3.588	36,6
Pre MDC	162	0,1	12.493	77,1
Totale generale	110.709	100,0	3.012.029	27,2

Fonte: dati Ministero della Salute – SDO 2015

Tab. S/36 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Dati nazionali)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	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
Asisteria	12	1.056	5.084	4,8	116,1					
Cardiologia	542	23.262	166.160	7,1	84,0	439	17.591	131.820	7,5	82,3
Cardiochirurgia	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
Neonatologia	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 privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Dati nazionali)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Radioterapia	10	114	1.142	10,0	31,3	10	114	1.142
Recupero e riabilitaz. funzionale	11.296	151.245	3.612.651	23,9	87,6	7.006	96.889	2.280.481
Reumatologia	45	1.845	14.230	7,7	86,6	15	919	7.541
Terapia intensiva	302	11.226	58.159	5,2	52,8	201	6.701	39.603
Terapia intensiva neonatale	34	808	10.787	13,4	86,9	8	237	4.225
Unità * coronarica	144	8.940	34.311	3,8	65,3	88	4.727	22.435
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
Totali	40.950	1.109.536	10.037.660	9,0	67,2	30.222	856.917	7.274.903

Fonte: elaborazione Ermenewa su dati Ministero della Salute

Tab. S37 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Piemonte)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Cardiologia	60	1.240	14.737	11,9	67,3	60	1.240	14.737
Chirurgia	72	4.970	14.162	2,8	53,9	72	4.970	14.162
Chirurgia generale	122	5.332	16.289	3,1	36,6	100	4.510	14.446
Chirurgia vascolare	28	803	3.060	3,8	29,9	28	803	3.060
Lungodegenti	793	5.604	202.502	36,1	70,0	452	3.355	112.375
Medicina generale	175	1.965	11.872	6,0	18,6	169	1.814	10.442
Neurochirurgia	28	797	2.768	3,5	27,1	28	797	2.768
Neurologia	20	370	3.922	10,6	53,7	10	263	3.089
Neuro-riabilitazione	20	52	7.150	137,5	97,9	20	52	7.150
Occhistica	50	161	275	1,7	1,5	36	153	266
Ortopedia e traumatologia	161	13.927	42.327	3,0	72,0	133	13.389	39.716
Ostetricia e ginecologia	36	900	2.032	2,3	15,5	27	844	1.786
Otorinolaringoiatria	26	752	1.503	2,0	15,8	18	630	1.253
Psichiatria	85	1.216	15.087	12,4	48,6	28	573	6.197
Recupero e riabilitaz. funzionale	1.592	15.805	430.990	27,3	74,2	685	7.359	197.731
Urologia	77	3.977	14.154	3,6	50,4	64	3.718	13.064
Totali	3.345	56.714	782.830	13,8	64,1	1.930	43.581	442.242

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S38 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Valle d'Aosta)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Ortopedia e traumatologia	10	772	1.324	1,7	36,3	10	772	1.324
Recupero e riabilitaz. funzionale	64	770	15.461	20,1	66,2	64	770	15.461
Totali	74	1.511	16.785	11,1	62,1	74	1.511	16.785

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S39 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Lombardia)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	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					
Neonatologia	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
Totali	7.904	249.588	2.132.744	8,5	73,9	4.646	156.154	1.235.310	7,9	72,8

Fonte: elaborazione Ermenegita su dati Ministero della Salute

Tab. S/40 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Bolzano)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Lungodegenti	122	1.774	45.889	25,9	103,1	65	998	24.446
Medicina generale	31	741	7.658	10,3	67,7	15	591	5.544
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
Totali	262	4.264	95.992	22,5	100,4	124	2.252	45.362

Fonte: elaborazione Ermenegita su dati Ministero della Salute

Tab. S/41 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Trento)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Chirurgia generale	12	632	2.218	3,5	50,6	12	632	2.218
Lungodegenti	185	2.726	78.372	28,7	116,1	165	2.474	71.173
Medicina generale	92	2.176	16.453	7,6	49,0	92	2.176	16.453
Recupero e riabilitaz. funzionale	243	4.808	88.957	18,5	100,3	15	250	5.475
Totali	532	10.135	186.000	18,4	95,8	284	5.421	95.319

Fonte: elaborazione Ermenegita su dati Ministero della Salute

Tab. S/42 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Venezia)

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.
Cardiologia	11	284	1.904	6,7	47,4	11	284	1.904
Chirurgia generale	91	3.764	14.793	3,9	44,5	91	3.764	14.793
Geriatría	59	1.735	16.446	9,5	76,4	59	1.735	16.446
Lungodegenti	89	890	19.320	21,7	59,5	89	890	19.320
Medicina generale	106	2.613	27.939	10,7	72,2	106	2.613	27.939
Neurologia	12	439	3.899	8,9	89,0	12	439	3.899
Oculistica	2	26	68	2,6	9,3	2	26	68
Ortopedia e traumatologia	93	4.006	20.706	5,2	61,0	93	4.006	20.706
Ostetricia e ginecologia	4	490	1.114	2,3	76,3	4	490	1.114
Otorinolaringoiatria	13	461	967	2,1	20,4	13	461	967
Psichiatria	339	3.708	113.364	30,6	91,6	339	3.708	113.364
Recupero e riabilitaz. funzionale	334	4.930	110.930	22,5	91,0	334	4.930	110.930
Urologia	5	362	1.334	3,7	73,1	5	362	1.334
Totali	1.158	23.234	332.784	14,3	78,7	1.158	23.234	332.784

Fonte: elaborazione Ermenegita su dati Ministero della Salute

Tab. S/43 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Friuli V.G.)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Chirurgia generale	51	1.365	4.294	3,1	23,1	34	943	2.909
Medicina generale	112	1.189	15.723	13,2	38,5	92	1.022	13.526
Oculistica	3	19	19	1,0	1,7	3	19	19
Ortopedia e traumatologia	73	2.558	10.057	3,9	37,7	43	1.934	6.918
Ostetricia e ginecologia	54	1.287	4.708	3,7	23,9	32	1.203	4.560
Otorinolaringoiatria	10	354	501	1,4	13,7	9	292	391
Pneumologia	12	157	2.130	13,6	48,6	12	157	2.130
Recupero e riabilitaz. funzionale	96	895	19.428	21,7	55,4	96	895	19.428
Urologia	17	639	2.531	4,0	40,8	14	606	2.415
Totali	428	8.294	59.391	7,2	38,0	335	6.930	52.296

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/44 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Liguria)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Cardiochirurgia	15	365	3.580	9,8	65,4	15	365	3.580
Cardiologia	7	593	2.265	3,8	88,6	7	593	2.265
Chirurgia generale	12	230	674	2,9	15,4	8	212	629
Medicina generale	14	166	701	4,2	13,7	14	166	701
Ortopedia e traumatologia	12	370	2.150	5,8	49,1	5	136	819
Recupero e riabilitaz. funzionale	123	2.868	31.530	11,0	70,2	75	983	17.010
Totali	183	4.500	40.900	9,1	61,2	124	2.406	25.004

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/45 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Emilia Romagna)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	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
Cardiologia	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
Geriatra	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
Oculistica	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
Totali	4.316	114.581	1.102.642	9,6	70,0	4.111	106.745	1.031.632	9,7	68,8

Fonte: elaborazione Emnecia su dati Ministero della Salute

Tab. S/46 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Toscana)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Angiologia	26	472	5.288	11,2	55,7	8	84	1.796
Cardiochirurgia	32	730	7.751	10,6	66,4	32	730	7.751
Chirurgia generale	185	4.435	11.861	2,7	17,6	131	3.176	7.863
Lungodegenti	252	2.810	98.015	34,9	106,6	44	937	22.310
Medicina generale	147	3.219	22.895	7,1	42,7	76	2.238	15.943
Oculistica	42	718	763	1,1	5,0	23	571	612
Ortopedia e traumatologia	281	18.038	75.234	4,2	73,4	189	15.336	60.243
Ostetricia e ginecologia	19	697	1.226	1,8	17,7	18	690	1.200
Otorinolaringoiatria	80	1.407	2.769	2,0	9,5	67	422	1.262
Psichiatria	127	1.625	37.245	22,9	80,3	94	1.392	32.568
Recupero e riabilitaz. funzionale	331	4.249	80.212	18,9	66,4	134	2.524	36.061
Urologia	33	2.027	6.300	3,1	52,3	33	2.027	6.300
Totali	1.555	39.618	349.559	8,8	61,6	849	29.524	193.909

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/47 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Umbria)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Chirurgia generale	51	772	2.585	3,3	13,9	51	772	2.585
Medicina generale	15	85	1.063	12,5	19,4	15	85	1.063
Oculistica	18	59	68	1,2	1,0	18	58	67
Ortopedia e traumatologia	89	4.726	13.207	2,8	40,7	44	3.300	7.499
Ostetricia e ginecologia	6	29	104	3,6	4,7	6	29	104
Otorinolaringoiatria	2	347	680	2,0	93,2	2	347	680
Recupero e riabilitaz. funzionale	32	495	5.966	12,1	51,1	17	159	2.150
Totali	213	6.383	23.673	3,7	30,4	153	4.655	14.148

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/48 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Marche)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	1	24	299	12,5	81,9	1	24	299	12,5	81,9
Chirurgia generale	134	7.143	25.592	3,6	52,3	134	7.143	25.592	3,6	52,3
Chirurgia vascolare	10	342	1.283	3,8	35,2	10	342	1.283	3,8	35,2
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					
Oculistica	4	410	534	1,3	36,6	4	410	534	1,3	36,6
Ortopedia e traumatologia	66	4.484	15.481	3,5	64,3	66	4.484	15.481	3,5	64,3
Ostetricia e ginecologia	30	430	1.532	3,6	14,0	30	430	1.532	3,6	14,0
Otorinolaringoiatria	3	135	317	2,3	28,9	3	135	317	2,3	28,9
Recupero e riabilitaz. funzionale	190	2.567	62.655	24,4	90,3	62	1.108	21.285	19,2	94,1
Urologia	11	714	2.819	3,9	70,2	11	714	2.819	3,9	70,2
Totali	863	21.992	216.684	9,9	68,8	663	20.191	149.425	7,4	61,7

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/49 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Lazio)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
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			
Geriatria	51	1.003	16.354	16,3	87,9			
Lungodegenti	556	5.398	181.327	33,6	89,4			
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	10	33	304	9,2	8,3			
Medicina generale	610	17.926	153.447	8,6	68,9			
Nefrologia	47	569	4.603	8,1	26,8			
Neonatalogia	16	428	1.643	3,8	28,1			
Neurochirurgia	14	257	1.975	7,7	38,6			
Neurologia	41	469	12.063	25,7	80,6			
Oculistica	31	318	1.031	3,2	9,1			
Oncologia	35	1.062	7.315	6,9	57,3			
Ortopedia e traumatologia	551	17.502	82.210	4,7	40,9			
Ostetricia e ginecologia	181	10.490	35.907	3,4	54,4			
Otorinolaringoiatria	35	253	611	2,4	4,8			
Pneumologia	24	713	6.751	9,5	77,1			
Psichiatria	155	1.260	55.999	44,4	99,0			
Recupero e riabilitaz. funzionale	1.397	16.175	460.359	28,5	90,3			
Terapia intensiva	27	1.184	5.274	4,5	53,5			
Unità coronarica	28	1.700	6.376	3,8	62,4			
Urologia	84	3.533	12.900	3,7	42,1			
Totali	4.417	96.480	1.135.882	11,8	70,5	3.135	71.282	759.277

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/50 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Abruzzo)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Cardiologia	37	1.960	9.624	4,9	71,3	32	1.747	8.116
Chirurgia generale	133	5.478	27.445	5,0	56,5	85	3.982	18.212
Chirurgia vascolare	8	379	1.147	3,0	39,3	8	379	1.147
Geriatrics	21	887	6.635	7,5	86,6	21	887	6.635
Lungodegenti	68	318	6.920	21,8	27,9	37	227	4.245
Medicina generale	114	4.049	30.493	7,5	73,3	91	2.914	21.242
Neurologia	63	1.527	11.535	7,6	50,2	40	1.209	7.635
Oculistica	1	33	48	1,5	13,2	1	33	48
Ortopedia e traumatologia	77	5.131	23.132	4,5	82,3	77	5.131	23.132
Ostetricia e ginecologia	28	157	856	5,5	8,4	14	153	839
Otorinolaringoiatria	5	297	709	2,4	38,8	5	297	709
Pneumologia	5	104	841	8,1	46,1			
Psichiatria	30	857	10.562	12,3	96,5	30	857	10.562
Recupero e riabilitaz. funzionale	352	5.006	122.524	24,5	95,4	219	3.223	78.019
Terapia intensiva	9	385	1.355	3,5	41,2	3	319	747
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
Totali	1.000	27.545	268.172	9,7	73,5	683	22.213	186.180

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/51 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Molise)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Chirurgia generale	36	1.426	5.594	3,9	42,6	36	1.426	5.594
Medicina generale	44	1.246	9.131	7,3	56,9	44	1.246	9.131
Recupero e riabilitaz. funzionale	60	479	11.702	24,4	53,4	20	330	6.302
Totali	140	3.088	26.427	8,6	51,7	100	2.942	21.027

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/52 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Campania)

Tab. 3.2.2 - *Chirurgia ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina, anno 2012 (Campione)*

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
Neonatologia	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
Oculistica	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
Totali	5.711	184.192	1.359.102	7,4	65,2	4.917	148.560	1.199.009	8,1	66,8

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S53 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Puglia)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Cardiologia	115	5.363	34.106	6,4	81,3	115	5.363	34.106
Chirurgia	152	12.496	43.446	3,5	78,3	118	10.226	32.630
Chirurgia generale	205	11.345	35.660	3,1	47,7	189	10.584	34.757
Chirurgia maxillo facciale	15	138	232	1,7	4,2	15	138	232
Chirurgia pediatrica	8	130	615	4,7	21,1	8	130	615
Chirurgia toracica	10	394	2.601	6,6	71,3	10	394	2.601
Chirurgia vascolare	27	1.174	3.787	3,2	38,4	27	1.174	3.787
Gastroenterologia	10	363	3.015	8,3	82,6	10	363	3.015
Geriatrica	84	2.562	24.031	9,4	78,4	62	1.908	15.899
Lungodegenti	15	111	3.277	29,5	59,9	15	111	3.277
Medicina generale	272	11.222	80.251	7,2	80,8	244	9.083	74.244
Nefrologia	10	538	3.634	6,8	99,6	10	538	3.634
Neurochirurgia	30	1.757	6.203	3,5	56,6	30	1.757	6.203
Neurologia	63	1.859	16.400	8,8	71,3	43	1.341	13.004
Neuro-riabilitazione	15	112	5.340	47,7	97,5	15	112	5.340
Oculistica	21	254	144	0,6	1,9	21	254	144
Oncologia	20	1.076	6.413	6,0	87,8	20	1.076	6.413
Ortopedia e traumatologia	236	12.404	40.472	3,3	47,0	206	9.746	35.213
Ostetricia e ginecologia	139	9.755	24.198	2,5	47,7	139	9.755	24.198
Otorinolaringoiatria	15	436	611	1,4	11,2	15	436	611
Pneumologia	42	1.571	12.636	8,0	82,4	22	974	6.740
Recupero e riabilitaz. funzionale	664	8.624	196.648	22,8	81,1	335	4.878	93.990
Terapia intensiva	53	2.231	13.855	6,2	71,6	53	2.231	13.855
Unità coronarica	32	1.742	7.750	4,4	66,4	32	1.742	7.750
Urologia	32	1.282	3.968	3,1	34,0	32	1.282	3.968
Totali	2.285	87.160	569.293	6,5	68,3	1.786	74.084	426.226

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S54 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Basilicata)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Chirurgia generale	25	602	1.625	2,7	17,8	25	602	1.625
Lungodegenti	32	264	10.226	38,7	87,6	25	1.038	4.028
Ortopedia e traumatologia	25	1.038	4.028	3,9	44,1	25	1.038	4.028
Recupero e riabilitaz. funzionale	67	651	21.280	32,7	87,0	50	1.607	5.653
Totali	149	2.504	37.159	14,8	68,3	50	1.607	5.653

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S55 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Calabria)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiochirurgia	20	1.103	6.031	5,5	82,6					
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
Neonatologia	8	474	1.994	4,2	68,3	8	474	1.994	4,2	68,3
Neurochirurgia	5	120	935	7,8	51,2					
Neurologia	20	1.123	6.623	5,9	90,7					
Neuro-riabilitazione	30	352	10.767	30,6	98,3	30	352	10.767	30,6	98,3
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
Totali	1.694	41.641	359.007	8,6	58,1	879	19.193	201.051	10,5	62,7

Fonte: elaborazione Ermenegia su dati Ministero della Salute

Tab. S/56 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sicilia)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Angiologia	8	147	764	5,2	26,2	8	147	764	5,2	26,2
Cardiochirurgia	66	1.904	23.037	12,1	95,6	66	1.904	23.037	12,1	95,6
Cardiologia	236	10.927	57.822	5,3	67,1	236	10.927	57.822	5,3	67,1
Chirurgia generale	568	12.981	59.491	4,6	28,7	548	12.701	58.056	4,6	29,0
Chirurgia maxillo facciale	6	206	564	2,7	25,8	6	206	564	2,7	25,8
Chirurgia pediatrica	5	1	3	3,0	0,2	5	1	3	3,0	0,2
Chirurgia plastica	12	50	132	2,6	3,0	12	50	132	2,6	3,0
Chirurgia vascolare	53	947	3.770	4,0	19,5	53	947	3.770	4,0	19,5
Gastroenterologia	8	132	1.187	9,0	40,7	8	132	1.187	9,0	40,7
Geriatria	76	1.893	17.778	9,4	64,1	76	1.893	17.778	9,4	64,1
Lungodegenti	99	1.125	24.986	22,2	69,1	99	1.125	24.986	22,2	69,1
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	27	602	5.516	9,2	56,0	27	602	5.516	9,2	56,0
Medicina generale	337	10.259	82.708	8,1	67,2	337	10.259	82.708	8,1	67,2
Nefrologia	10	211	1.479	7,0	40,5	10	211	1.479	7,0	40,5
Neurochirurgia	31	1.170	6.065	5,2	53,6	31	1.170	6.065	5,2	53,6
Neurologia	60	1.765	9.731	5,5	44,4	54	1.691	9.000	5,3	45,7
Oculistica	29	230	493	2,1	4,7	29	230	493	2,1	4,7
Oncologia	295	10.954	71.147	6,5	66,1	295	10.954	71.147	6,5	66,1
Ortopedia e traumatologia	515	14.807	69.113	4,7	36,8	479	13.890	65.140	4,7	37,3
Ostetricia e ginecologia	187	10.119	35.977	3,6	52,7	129	7.663	28.153	3,7	59,8
Otorinolaringoiatria	48	867	2.427	2,8	13,9	44	770	2.215	2,9	13,8
Pneumologia	10	393	3.246	8,3	88,9	10	393	3.246	8,3	88,9
Psichiatria	107	2.968	27.901	9,4	71,4	107	2.968	27.901	9,4	71,4
Radioterapia	10	114	1.142	10,0	31,3	10	114	1.142	10,0	31,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	700	10.464	228.682	21,9	89,5	614	9.626	204.344	21,2	91,2
Reumatologia	15	919	7.541	8,2	137,7	15	919	7.541	8,2	137,7
Terapia intensiva	13	240	2.045	8,5	43,1	13	240	2.045	8,5	43,1
Unità coronarica	8	391	2.052	5,2	70,3	8	391	2.052	5,2	70,3
Urologia	178	7.097	27.158	3,8	41,8	175	6.994	26.765	3,8	41,9
Totali	3.717	101.805	773.957	7,6	57,0	3.504	97.136	735.051	7,6	57,5

Fonte: elaborazione Ermenegia su dati Ministero della Salute

Tab. S/57 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sardegna)

Disciplina	Totale				Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP			
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.
Cardiologia	30	298	2.592	8,7	23,7	30	298	2.592
Chirurgia generale	114	4.381	12.761	2,9	30,7	93	3.822	11.403
Chirurgia maxillo facciale	7	44	111	2,5	5,0			
Gastroenterologia	8	96	872	9,1	29,9	8	96	872
Geriatra	90	2.183	21.722	10,0	66,1	90	2.183	21.722
Lungodegenti	108	1.035	25.465	24,6	64,6	36	254	5.884
Medicina generale	143	2.200	18.334	8,3	35,1	107	1.448	9.897
Neurologia	64	610	7.805	12,8	33,4	50	526	6.387
Oculistica	13	431	735	1,7	15,5	10	408	708
Ortopedia e traumatologia	108	4.652	17.737	3,8	45,0	49	1.939	7.661
Ostetricia e ginecologia	98	3.286	13.100	4,0	36,6	94	3.113	12.569
Otorinolaringoiatria	27	1.200	2.592	2,2	26,3	23	809	1.872
Recupero e riabilitaz. funzionale	116	2.055	34.817	16,9	82,2	61	860	16.945
Urologia	78	2.332	10.034	4,3	35,2	66	1.893	8.701
Totali	1.004	24.307	168.677	6,9	46,0	717	17.296	107.213

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/58 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Nord)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Cardiologia	240	8.496	70.138	8,3	80,1	192	6.825	55.102	8,1	78,6
Cardiologia	518	28.592	119.813	4,2	63,4	439	23.635	101.603	4,3	63,4
Chirurgia generale	1.466	56.958	197.605	3,5	36,9	1.163	44.003	153.539	3,5	36,2
Chirurgia maxillo facciale	31	774	1.549	2,0	13,7	31	774	1.549	2,0	13,7
Chirurgia plastica	24	1.080	2.777	2,6	31,7	10	538	1.969	3,7	53,9
Chirurgia toracica	43	1.126	6.886	6,1	43,9	43	1.126	6.886	6,1	43,9
Chirurgia vascolare	171	7.387	33.130	4,5	53,1	128	5.796	24.788	4,3	53,1
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	2	84	474	5,6	64,9	2	84	474	5,6	64,9
Geriatrica	199	7.697	52.862	6,9	72,8	144	4.007	34.874	8,7	66,4
Lungodegenti	2.584	30.000	774.658	25,8	82,1	1.714	22.154	527.365	23,8	84,3
Medicina generale	1.999	52.481	453.014	8,6	62,1	1.560	41.469	353.870	8,5	62,1
Nefrologia	10	362	2.612	7,2	71,6					
Neonatalogia	28	1.586	7.911	5,0	77,4					
Neurochirurgia	96	5.325	23.183	4,4	66,2	76	4.167	16.734	4,0	60,3
Neurologia	187	6.542	42.587	6,5	62,4	125	4.091	28.882	7,1	63,3
Neuro-riabilitazione	234	1.855	78.461	42,3	91,9	119	763	39.235	51,4	90,3
Oculistica	138	2.566	5.043	2,0	10,0	94	1.835	3.737	2,0	10,9
Oncologia	82	2.124	15.191	7,2	50,8	30	1.008	7.336	7,3	67,0
Ortopedia e traumatologia	1.686	101.840	363.208	3,6	59,0	1.347	86.973	308.701	3,5	62,8
Ostetricia e ginecologia	461	22.323	72.670	3,3	43,2	295	13.579	38.334	2,8	35,6
Otorinolaringoiatria	239	10.997	24.039	2,2	27,6	200	8.531	19.589	2,3	26,8
Pediatria	72	3.850	21.945	5,7	83,5	14	846	4.132	4,9	80,9
Pneumologia	27	355	3.705	10,4	37,6	27	355	3.705	10,4	37,6
Psichiatria	917	10.554	251.305	23,8	75,1	845	9.353	236.691	25,3	76,7
Recupero e riabilitaz. funzionale	6.076	87.532	1.995.836	22,8	90,0	3.712	53.677	1.220.611	22,7	90,1
Terapia intensiva	139	5.289	27.537	5,2	54,3	108	3.414	20.649	6,0	52,4
Terapia intensiva neonatale	17	549	6.316	11,5	101,8					
Unità coronarica	32	1.774	5.748	3,2	49,2	23	823	3.324	4,0	39,6
Urologia	463	22.157	86.720	3,9	51,3	324	15.299	59.910	3,9	50,7
Totali	18.202	472.821	4.750.068	10,0	71,5	12.786	348.233	3.276.734	9,4	70,2

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/59 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Centro)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Angiologia	26	472	5.288	11,2	55,7	8	84	1.796	21,4	61,5
Asisteria	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
Neonatologia	16	428	1.643	3,8	28,1	9	45	73	1,6	2,2
Neurochirurgia	14	257	1.975	7,7	38,6					
Neurologia	41	469	12.063	25,7	80,6	30	217	10.270	47,3	93,8
Neuro-riabilitazione	55	216	20.085	93,0	100,0					
Oculistica	95	1.505	2.396	1,6	6,9	69	1.288	2.076	1,6	8,2
Oncologia	35	1.062	7.315	6,9	57,3	35	1.062	7.315	6,9	57,3
Ortopedia e traumatologia	987	44.750	186.132	4,2	51,7	821	39.159	157.188	4,0	52,5
Ostetricia e ginecologia	236	11.646	38.769	3,3	45,0	201	8.587	28.644	3,3	39,0
Otorinolaringoiatria	120	2.142	4.377	2,0	10,0	98	1.121	2.795	2,5	7,8
Pneumologia	24	713	6.751	9,5	77,1	24	713	6.751	9,5	77,1
Psichiatria	282	2.885	93.244	32,3	90,6	189	2.263	66.731	29,5	96,7
Ricupero e riabilitaz. funzionale	1.950	23.486	609.192	25,9	85,6	1.022	13.115	321.438	24,5	86,2
Terapia intensiva	27	1.184	5.274	4,5	53,5	4	337	640	1,9	43,8
Unità coronarica	28	1.700	6.376	3,8	62,4	8	647	1.829	2,8	62,6
Urologia	128	6.274	22.019	3,5	47,1	109	5.662	18.930	3,3	47,6
Totali	7.048	164.473	1.725.798	10,5	67,1	4.800	125.653	1.116.759	8,9	63,7

Fonte: elaborazione Ermeneta su dati Ministero della Salute

Tab. S/60 – Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sud)

Disciplina	Totale					Ospedali privati (case di cura accreditate) associati AIOP				
	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %	Posti letto	Degenti	Giornate di deg.	Deg. media	Utilizz. %
Angiologia	8	147	764	5,2	26,2	8	147	764	5,2	26,2
Cardiochirurgia	248	12.855	83.670	6,5	92,4	215	10.036	68.967	6,9	87,9
Cardiologia	725	50.615	201.385	4,0	76,1	582	38.197	160.688	4,2	75,6
Chirurgia generale	2.286	78.326	325.080	4,2	39,0	1.936	66.886	271.437	4,1	38,4
Chirurgia maxillo facciale	28	1.753	2.272	1,3	23,0	21	1.709	2.161	1,3	28,2
Chirurgia pediatrica	23	335	1.152	3,4	13,7	13	131	618	4,7	13,0
Chirurgia plastica	30	584	2.105	3,6	19,2	17	432	1.562	3,6	25,2
Chirurgia toracica	13	491	3.448	7,0	72,7	10	394	2.601	6,6	71,3
Chirurgia vascolare	139	4.810	20.994	4,4	41,4	116	3.789	15.420	4,1	36,4
Gastroenterologia	29	732	5.936	8,1	56,1	26	591	5.074	8,6	53,5
Geriatrica	294	8.005	73.157	9,1	68,2	272	7.351	65.025	8,8	65,5
Lungodegenti	1.079	6.073	175.746	28,9	44,6	771	4.107	111.514	27,2	39,6
Malattie endocrine, ricamb. e nutriz.	27	602	5.516	9,2	56,0	27	602	5.516	9,2	56,0
Medicina generale	1.474	57.144	386.684	6,8	71,9	1.300	50.609	348.500	6,9	73,4
Nefrologia	48	2.150	11.228	5,2	64,1	39	1.756	10.100	5,8	71,0
Neonatalogia	22	769	4.038	5,3	50,3	8	474	1.994	4,2	68,3
Neurochirurgia	76	3.587	17.348	4,8	62,5	71	3.467	16.413	4,7	63,3
Neurologia	666	10.386	163.998	15,8	67,5	583	8.269	147.930	17,9	69,5
Neuro-riabilitazione	145	957	51.665	54,0	97,6	145	957	51.665	54,0	97,6
Nido	75	3.147	9.705	3,1	35,5	75	3.147	9.705	3,1	35,5
Oculistica	155	5.130	14.854	2,9	26,3	136	2.505	10.166	4,1	20,5
Oncologia	337	13.493	84.785	6,3	68,9	325	12.904	81.118	6,3	68,4
Ortopedia e traumatologia	1.464	60.432	258.462	4,3	48,4	1.269	49.249	217.699	4,4	47,0
Ostetricia e ginecologia	1.208	67.577	251.359	3,7	57,0	880	52.411	192.846	3,7	60,0
Otorinolaringoiatria	223	6.228	16.625	2,7	20,4	187	5.356	14.236	2,7	20,9
Pneumologia	108	4.029	31.457	7,8	79,8	68	2.747	19.926	7,3	80,3
Psichiatria	695	7.161	185.937	26,0	73,3	655	7.036	184.143	26,2	77,0
Radioterapia	10	114	1.142	10,0	31,3	10	114	1.142	10,0	31,3
Recupero e riabilitaz. funzionale	3.270	40.227	1.007.623	25,0	84,4	2.272	30.097	738.432	24,5	89,0
Reumatologia	45	1.845	14.230	7,7	86,6	15	919	7.541	8,2	137,7
Terapia intensiva	136	4.753	25.348	5,3	51,1	89	2.950	18.314	6,2	56,4
Terapia intensiva neonatale	17	259	4.471	17,3	72,1	8	237	4.225	17,8	144,7
Unità coronarica	84	5.466	22.187	4,1	72,4	57	3.257	17.282	5,3	83,1
Unità spinale	25	152	8.932	58,8	97,9					
Urologia	488	21.546	88.491	4,1	49,7	430	18.015	76.686	4,3	48,9
Totali	15.700	472.242	3.561.794	7,5	62,2	12.636	383.031	2.881.410	7,5	62,5

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 forniti dal Ministero della Salute relativamente all'anno 2015, confermano il progressivo ridimensionamento degli organici nel complesso delle strutture di ricovero pubbliche, con un trend di diminuzione costante manifestatosi a partire dal 2010 che ha portato ad una riduzione complessiva nel periodo pari al 10,3%. Si consolida, quindi, la decisa inversione di tendenza rispetto alla crescita osservata nel 2009, 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'. Così come è bene sempre sottolineare 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.

Osservando invece gli andamenti registratisi nel periodo 2011-2015 (cfr. tab. S/62), la flessione è risultata di 23.187 unità, con una dotazione che passa da 473.787 a 450.600 addetti, determinando una corrispondente riduzione del 4,9%.

Limitatamente alle strutture pubbliche prese in esame, vale a dire le aziende ospedaliere (comprese quelle universitarie) e gli ospedali a diretta gestione Asl, ancora con riferimento agli anni 2011 e 2015 e sempre tenendo conto di quanto precedentemente sottolineato, si possono evidenziare le differenze di dinamiche tra le diverse figure professionali: i medici diminuiscono di 3.054 unità, gli infermieri di 9.227 unità e l'altro personale di 10.906 unità, come mostrato dai dati del prospetto seguente:

	2011	2015
– Medici e odontoiatri	86.789	83.735
– Infermieri	219.477	210.250
– Altro personale	167.521	156.615

Analizzando l'indicatore che mostra il rapporto tra il personale delle strutture di ricovero pubbliche ed i posti letto, si nota anche per il 2015 un leggero miglioramento sia per le Aziende ospedaliere che per gli ospedali delle Asl, ricordando tuttavia che l'andamento di tali rapporti continua ad essere fortemente influenzato dal cambiamento delle classificazioni e dalle trasformazioni intervenute negli ultimi anni in ambito pubblico (cfr. tab. S/64).

Considerando invece le dotazioni del settore del ricovero ospedaliero nel quale operano le strutture accreditate che fanno capo ad Aiop, si può rilevare un incremento tra il 2011 ed il 2016 di 3.593 unità, pari ad un +5,4% (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 fortemente influenzate dalla variabilità nella consistenza e nella composizione per tipologia della compagine associativa (tab. S/66).

3.2. La situazione degli addetti per territorio

Il personale operante nel complesso degli istituti di cura pubblici e privati del Servizio sanitario nazionale ammonta a quasi 633 mila unità (tab. S/67), così come riportato nella più recente rilevazione Istat al momento disponibile, che si riferisce tuttavia 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 rappresentate tutte le componenti professionali di ambito ospedaliero, con una incidenza sul totale che raggiunge il 52%.

La consistenza e la distribuzione degli addetti delle strutture Aiop, per le quali è possibile presentare un aggiornamento a fine 2016, vengono evidenziate invece nella tabella S/68, all'interno della quale si può osservare la presenza di un totale di operatori a rapporto di dipendenza pari a 62.307 unità.

A completare gli organici complessivi contribuiscono 7.338 unità di personale medico e 4.594 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	2011		2012		2013		2014		2015	
	Aziende ospedaliere	Strutture di ricovero Asl	Aziende ospedaliere	Strutture di ricovero Asl	Aziende ospedaliere	Strutture di ricovero Asl	Aziende ospedaliere	Strutture di ricovero Asl	Aziende ospedaliere	Strutture di ricovero Asl
Ruolo	(*)	(**)	(*)	(**)	(*)	(**)	(*)	(**)	(*)	(**)
Medici e Odontoiatri	35.334	51.455	35.227	50.462	34.953	50.193	34.646	50.070	33.640	50.095
Infermieri	94.662	124.815	93.900	122.719	93.622	120.679	93.119	119.010	90.937	119.313
Altro	83.026	84.495	81.619	82.907	81.072	81.999	79.862	80.172	76.894	79.721
Totale	213.022	260.765	210.746	256.088	209.647	252.871	207.627	249.252	201.471	249.129

(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 Ermenega su dati del Rapporto “Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere”, Ministero della Salute, Anni 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015

Tab. S/63 – Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (var. %)

	2012/2011		2013/2012		2014/2013		2015/2014		2015/2011	
	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	-0,3	-1,9	-0,8	-0,5	-0,9	-0,2	-2,9	0,0	-4,8	-2,6
Infermieri	-0,8	-1,7	-0,3	-1,7	-0,5	-1,4	-2,3	0,3	-3,9	-4,4
Altro	-1,7	-1,9	-0,7	-1,1	-1,5	-2,2	-3,7	-0,6	-7,4	-5,7
Totale	-1,1	-1,8	-0,5	-1,3	-1,0	-1,4	-3,0	0,0	-5,4	-4,5

(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 Ermenega su dati del Rapporto “Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere”, Ministero della Salute, Anni 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015

Tab. S/64 – Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl

	2011		2012		2013		2014		2015	
	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	7,3	4,4	7,7	4,5	7,8	4,7	7,9	4,8	7,7	4,8
Infermieri per 10 posti letto	19,5	10,6	20,6	11,0	20,8	11,3	21,3	11,4	20,8	11,4

(*) Personale del Ssn e Universitario.

(**) Sono compresi gli Istituti Psichiatrici Residuali.

Nota: I medici e gli infermieri per posto letto sono stati calcolati sui posti letto effettivamente utilizzati.

Fonte: elaborazioni Ermenega su dati del Rapporto “Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere”, Ministero della Salute, Anni 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015

Tab. S/65 – Personale operante nelle strutture associate all’Aiop. Anni 2011-2016

Ruolo	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Medici dipendenti e a rapporto professionale	11.788	Medici dipendenti e a rapporto professionale	11.810	Medici dipendenti e a rapporto professionale	11.773	Medici dipendenti e a rapporto professionale	11.815	Medici dipendenti e a rapporto professionale	11.948	Medici dipendenti e a rapporto professionale	12.191
Infermieri	20.011	20.032	Infermieri	20.032	Infermieri	19.175	Infermieri	19.316	Infermieri	20.032	Infermieri	21.147
Altro	34.253	34.445	Altro	34.445	Altro	34.242	Altro	34.537	Altro	34.445	Altro	36.307
Totale	66.052	66.287	Totale	66.287	Totale	65.190	Totale	65.668	Totale	66.425	Totale	69.645

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 Ermenega su dati Aiop

Tab. S/66 – Personale operante nelle strutture associate all’Aiop. Anni 2011-2016 (var. %)

	2012/2011		2013/2012		2014/2013		2015/2014		2016/2015		2016/2011	
	Medici dipendenti e a rapporto professionale	0,2	Medici dipendenti e a rapporto professionale	-0,3	Medici dipendenti e a rapporto professionale	0,4	Medici dipendenti e a rapporto professionale	1,1	Medici dipendenti e a rapporto professionale	2,0	Medici dipendenti e a rapporto professionale	3,4
Infermieri	0,1	-4,3	Infermieri	-4,3	Infermieri	0,7	Infermieri	3,7	Infermieri	5,6	Infermieri	5,7
Altro	0,6	-0,6	Altro	-0,6	Altro	0,9	Altro	-0,3	Altro	5,4	Altro	6,0
Totale	0,4	-1,7	Totale	-1,7	Totale	0,7	Totale	1,2	Totale	4,8	Totale	5,4

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 Ermenega 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
<i>Italia</i>	<i>124.428</i>	<i>268.170</i>	<i>240.132</i>	<i>632.730</i>

Fonte: Istat, *Struttura ed attività degli istituti di cura*

Tab. S/68 – Personale operante nelle strutture associate all'Aiop. Situazione al 31 dicembre 2016

Regioni	Personale dipendente					Personale a rapporto professionale		
	Medici	Infermieri	Tecnici	Auxiliari socio-sanitari	Altro personale di assistenza	Altro personale	Totale	Medici
– Piemonte	195	1.044	301	447	485	996	3.468	529
– Valle d'Aosta	1	12	4	3	14	9	43	1
– Lombardia	1.292	5.467	1.662	1.120	1.816	4.293	15.650	2.052
– P.A. di Bolzano	3	67	33	21	33	39	196	10
– P.A. di Trento	17	81	25	37	88	72	320	5
– Veneto	280	1.400	407	213	743	917	3.960	314
– Friuli Venezia Giulia	57	203	94	29	151	235	769	48
– Liguria	3	98	15	5	12	120	253	11
– Emilia Romagna	153	1.977	466	386	918	1.063	4.963	666
– Toscana	117	576	160	115	380	337	1.685	395
– Umbria	11	73	21	45	55	55	260	68
– Marche	78	340	69	77	150	265	979	123
– Lazio	614	3.292	1.237	1.731	1.142	2.535	10.551	1.234
– Abruzzo	132	598	175	240	58	269	1.472	69
– Molise	82	114	45	11	19	145	416	5
– Campania	794	2.076	736	761	628	1.497	6.492	551
– Puglia	346	1.292	432	560	146	833	3.609	96
– Basilicata	3	13	3	4	5	9	37	18
– Calabria	194	494	163	204	264	401	1.720	196
– Sicilia	366	1.527	356	848	135	1.152	4.384	843
– Sardegna	115	403	70	80	164	248	1.080	104
Italia	4.853	21.147	6.474	6.937	7.406	15.490	62.307	7.338
								4.594

Fonte: Aiop

4. I dati di spesa

4.1. L'andamento dei flussi nel tempo

I dati analitici consolidati sulla spesa del Servizio sanitario nazionale sono stati estrapolati anche per il 2015 dalle due diverse fonti istituzionali utilizzate per gli anni 2013 e 2014, in mancanza degli aggiornamenti del “Rapporto sanità” contenuto nelle varie edizioni della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. In merito alla riattivazione dei flussi di dati coordinati sulla spesa sanitaria forniti da tale fonte fino al 2012, purtroppo non si hanno ancora indicazioni da parte del Mef. La serie storica proposta, lievemente corretta già in alcuni valori a partire dal 2009, è caratterizzata quindi da un break metodologico, proprio in quanto i criteri di definizione delle diverse componenti di spesa sanitaria adottati dalle fonti utilizzate a partire dal 2013 – Corte dei Conti ed Agenas – potrebbero non avere una completa corrispondenza con i dati degli anni precedenti.

Il complesso della spesa pubblica di competenza del settore del ricovero ospedaliero è stimata per il 2015 su un valore di 62,3 miliardi di euro, contro i 61,2 dell'anno precedente (con un aumento dell'1,9%) (tab. S/69).

Nell'ambito di tale area di finanziamento, la frazione che viene attribuita all'attività degli ospedali privati (case di cura accreditate) è di 4,3 miliardi di euro, pari al 7,0% della spesa ospedaliera pubblica totale; una incidenza che si stabilizza quindi negli ultimi tre anni dopo la costante discesa rispetto all'8,4% registratosi nel 2000. Ciò anche a causa degli effetti del provvedimento di spending review (Legge 135/12) illustrato nelle precedenti edizioni del Rapporto e delle successive manovre di contenimento della spesa sanitaria.

La rappresentazione in termini reali (a prezzi costanti) dei livelli di spesa (tab. S/70) segue anche quest'anno l'impostazione del calcolo basato sul deflatore PIL della serie Istat concatenata al 2010; la variazione della spesa

ospedaliera pubblica totale tra l'anno base e il 2015 risulta in questo modo pari al -3,9%, con una diminuzione meno decisa rispetto a quella fatta registrare dalla spesa sanitaria complessiva (-4,5%). Nello stesso periodo, invece, la spesa riferita agli ospedali privati (case di cura accreditate) ha confermato, sempre in termini reali, una sua più marcata riduzione (-7,9%), soprattutto per effetto dei tagli sui corrispettivi economici riconosciuti al settore (sia in termini di livelli tariffari che di budget). Sull'andamento generalmente sfavorevole dei dati di spesa a prezzi costanti ha comunque influito la valorizzazione del PIL reale; secondo le stime del DEF 2017, infatti, l'indicatore della ricchezza nazionale ha invertito la sua tendenza negativa solo a partire dal 2015, facendo registrare comunque una flessione del -2,9% rispetto al 2010.

4.2. La spesa sanitaria a confronto

La versione di ottobre 2017 degli "Health Data" Ocse ci consente di costruire 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 mostrati gli indicatori maggiormente utilizzati dagli analisti del settore: l'incidenza della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil.

Nel 2015 continua ad evidenziarsi per il nostro Paese la propensione al progressivo calo delle risorse in termini di Pil assegnate al Ssn, accentuandosi in questo modo il gap accumulato nel tempo rispetto alla media sia dei Paesi Ocse Europa che di quelli del gruppo G7 (6,7% contro 7,2% e 8,2% rispettivamente). Una tendenza non transitoria ufficializzata dai dati previsionali dell'ultima versione del Documento di Economia e Finanza prodotto dal Mef che porterebbe, in assenza di correttivi, la curva spesa-Pil su un valore del 6,3% nel 2020.

Anche in termini di spesa sanitaria totale l'Italia mostra un rapporto con il PIL inferiore alla media dei Paesi del G7 (9% contro 11,3%), mantenendosi ancora al di sotto della media dei Paesi Ocse Europa (che è del 9,4%).

Il trend di invarianza nel triennio 2013-2015 del complesso della spesa sanitaria italiana, bloccata secondo l'Ocse proprio sul 9%, evidenzia come di fronte alla progressiva riduzione dell'impegno pubblico parte dei bisogni sanitari vengano finanziati direttamente dai cittadini; circostanza del resto confermata nell'apposita indagine sui care-giver di cui alla Parte terza del Rapporto. Sempre in termini di spesa sanitaria totale, l'Italia si colloca nel 2015 ancora al di sotto dei valori dei Paesi più industrializzati, Stati Uniti,

Francia, Germania e Canada, (che presentano valori rispettivamente del 16,9%, del 11,1%, dell'11,2% e del 10,3%). E analogamente, anche se con posizioni relative diverse avviene rispetto ai primi tre Paesi citati per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica.

Continua dunque il ridimensionamento dell'impegno dell'Italia in termini di impiego di risorse per la salute in rapporto al Pil rispetto ai maggiori Paesi dell'area occidentale. Nella prospettiva di quel progressivo definanziamento che porterebbe il nostro servizio sanitario verso una nuova dimensione di cosiddetto "universalismo selettivo", a cui affiancare in un'ottica di sostenibilità complessiva una nuova configurazione, ancora in fase di progettazione, del c.d. "Secondo pilastro"; una configurazione fondata sull'ipotetico trasferimento di una parte significativa della spesa *out of pocket* verso la quota intermediata da fondi sanitari, assicurazioni e nuova mutualità. A tutto ciò sembrano contrapporsi solo in parte gli incrementi a valori correnti del fondo sanitario, visto che i 114 miliardi fissati per il 2017 sarebbero già seriamente ridimensionati dalla previsione di 600 milioni di contributi delle Regioni alla finanza pubblica e di 1,3 miliardi destinati ai nuovi contratti del personale; per non parlare della copertura delle nuove terapie farmacologiche salvavita ad alto costo.

Se infine si considera in particolare la sola quota di spesa sanitaria destinata all'attività ospedaliera (tab. S/72), e sempre in riferimento all'anno 2015, 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 (44,5%), che rispetto a quella dei Paesi Ocse Europa (45,7%);
- un rapporto sul Pil di poco superiore alla media dei Paesi del G7 e dei Paesi Ocse Europa (rispettivamente pari al 3,6% ed al 3,3%).

Tab. S/69 – Spesa sanitaria corrente. Anni 2011-2015 (in miliardi di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015
Strutture ospedaliere pubbliche	52,892	53,074	52,244	52,744	53,847
Ospedaliere accreditata	8,641	8,659	8,255	8,425	8,466
di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)	4,465	4,471	4,263	4,289	4,335
Spesa ospedaliere pubblica totale	61,533	61,733	60,499	61,169	62,313
Altre funzioni di spesa	51,276	51,950	51,185	51,504	50,354
Spesa sanitaria pubblica totale	112,809	113,683	111,684	112,673	112,667

(*) Nella “Relazione Generale sulla situazione economica del Paese”, 2012, vi è stato un ulteriore aggiornamento della serie storica sui dati di spesa, ma tale serie subisce tuttavia un break a causa dell'incertezza sulla continuità stessa della pubblicazione delle RGE in futuro. Per gli anni 2013, 2014 e 2015 i dati di spesa sono stati estrapolati dai Rapporti sul coordinamento della finanza pubblica 2015, 2016 e 2017 della Corte dei conti e dal Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni.

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati contenuti nel Rapporto “Relazione generale sulla situazione economica del Paese”, 2012, Vol. II, nel “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica” 2015, 2016 e 2017 della Corte dei conti e nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni.

Tab. S/70 – Spesa sanitaria a prezzi costanti (*). Anni 2011-2015 (in miliardi di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015
Strutture ospedaliere pubbliche	52,127	51,594	50,179	50,178	50,789
Ospedaliere accreditata	8,516	8,418	7,929	8,015	7,985
di cui: ospedali privati (case di cura accreditate)	4,400	4,346	4,094	4,080	4,089
Spesa ospedaliere pubblica totale	60,643	60,011	58,108	58,193	58,774
Altre funzioni di spesa	50,534	50,501	49,162	48,998	47,494
Spesa sanitaria pubblica totale	111,176	110,513	107,269	107,191	106,268

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

Fonte: elaborazioni Ermeneta su dati contenuti nel Rapporto “Relazione generale sulla situazione economica del Paese”, 2012, Vol. II, nel “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica” 2015, 2016 e 2017 della Corte dei conti e nel Rapporto Agenas sul monitoraggio della spesa delle Regioni.

Tab. S/71 – Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil

Valori %	Spesa sanitaria totale			Spesa sanitaria pubblica		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Stati Uniti	16,3	16,5	16,9	8,0	8,2	8,3
Giappone	10,8	10,8	10,9	9,1	9,1	9,2
Germania	11,0	11,1	11,2	9,2	9,3	9,4
Francia	10,9	11,1	11,1	8,6	8,7	8,7
Italia	9,0	9,0	9,0	6,8	6,8	6,7
Regno Unito	9,9	9,8	9,9	7,8	7,8	7,9
Canada	10,1	10,0	10,3	7,1	7,0	7,2
Media dei Paesi del G7 (*)	11,1	11,2	11,3	8,1	8,1	8,2
Australia	8,8	9,1	9,4	5,9	6,1	6,4
Austria	10,2	10,3	10,3	7,7	7,8	7,8
Belgio	10,4	10,4	10,5	8,0	8,0	8,1
Danimarca	10,2	10,3	10,3	8,6	8,6	8,7
Finlandia	9,5	9,5	9,4	7,1	7,1	7,0
Grecia	8,3	7,9	8,4	5,2	4,6	5,0
Islanda	8,7	8,8	8,6	7,0	7,1	7,0
Irlanda	10,4	9,9	7,8	7,3	6,9	5,4
Lussemburgo	6,5	6,3	6,0	5,4	5,2	5,0
Olanda	10,9	10,9	10,7	8,8	8,8	8,6
Nuova Zelanda	9,4	9,4	9,3	7,5	7,5	7,5
Norvegia	8,9	9,3	10,0	7,6	8,0	8,5
Portogallo	9,1	9,0	9,0	6,1	6,0	5,9
Spagna	9,0	9,1	9,2	6,4	6,4	6,5
Svezia	11,1	11,1	11,0	9,3	9,3	9,2
Svizzera	11,4	11,6	12,1	7,4	7,4	7,7
Turchia	4,4	4,3	4,1	3,5	3,4	3,2
Media Paesi Ocse Europa (*)	9,5	9,5	9,4	7,2	7,2	7,2
Media totale Paesi Ocse (*)	9,8	9,8	9,8	7,3	7,3	7,3

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

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "Oecd Health Data 2017", Oecd, Paris, October 2017

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		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Stati Uniti	37,4	36,6	36,2	3,0	3,0	3,0
Giappone	44,3	44,0	-	4,0	4,0	-
Germania	33,6	33,5	33,2	3,1	3,1	3,1
Francia	46,8	47,2	47,3	4,0	4,1	4,1
Italia	56,8	57,0	57,3	3,9	3,9	3,9
Regno Unito	47,7	47,8	48,6	3,7	3,7	3,8
Canada	39,4	39,0	-	2,8	2,7	-
Media dei Paesi del G7 (*)	43,7	43,6	44,5	3,5	3,5	3,6
Australia	50,5	50,9	-	3,0	3,1	-
Austria	46,4	46,3	46,2	3,6	3,6	3,6
Belgio	33,8	33,4	34,1	2,7	2,7	2,8
Danimarca	49,7	49,4	49,3	4,3	4,3	4,3
Finlandia	42,3	41,5	42,5	3,0	2,9	3,0
Grecia	50,3	48,6	48,0	2,6	2,2	2,4
Islanda	48,0	48,1	48,3	3,4	3,4	3,4
Irlanda	35,0	35,2	35,1	2,6	2,4	1,9
Lussemburgo	36,0	34,7	34,0	1,9	1,8	1,7
Olanda	40,0	39,1	43,4	3,5	3,4	3,7
Nuova Zelanda	-	-	-	-	-	-
Norvegia	45,2	45,4	46,3	3,4	3,6	3,9
Portogallo	54,3	54,1	54,3	3,3	3,2	3,2
Spagna	54,4	55,3	56,2	3,5	3,5	3,7
Svezia	44,9	45,4	45,1	4,2	4,2	4,2
Svizzera	44,6	44,2	44,2	3,3	3,3	3,4
Turchia	54,6	54,5	54,9	1,9	1,8	1,8
Media Paesi Ocse Europa (*)	45,5	45,3	45,7	3,3	3,2	3,3
Media totale Paesi Ocse (*)	45,0	44,8	45,2	3,2	3,2	3,2

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

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "Oecd Health Data 2017", Oecd, Paris, October 2017

Allegati

1. La metodologia utilizzata

Anche per l'anno 2017 la predisposizione del Rapporto si è avvalsa di più modalità metodologiche.

La prima è quella che si è basata sull'individuazione e sul commento di alcuni fenomeni-chiave, messi in evidenza per gli ultimi dodici mesi: il tutto è stato collocato nella Parte prima del presente volume.

In concreto sono stati analizzati i fenomeni più significativi che mettono in evidenza:

- a) da un lato, il consolidamento delle strategie di reazione da parte di utenti e cittadini di fronte al progressivo peggioramento dell'offerta dei servizi sanitari e socioassistenziali pubblici: con più spese *out-of-pocket*, con la ricerca di alternative agli ospedali pubblici, ricorrendo all'ambito privato accreditato e alle cliniche private, con un uso (peraltro improprio) del Pronto Soccorso al fine di evitare attese troppo lunghe come pure di trovare professionisti e prestazioni di maggiore qualità all'interno dell'ospedale rispetto a quanto si ha a disposizione negli ambulatori Asl;
- b) e dall'altro, la difficoltà di far evolvere un sistema di rendicontazione trasparente, affidabile e confrontabile, che possa essere utilizzato per meglio cogliere le aree di inefficienza e quindi per poter individuare i possibili ambiti di necessaria ristrutturazione e riorganizzazione, in particolare dell'ospitalità pubblica;
- c) ferma restando l'esigenza di mantenere – ed anzi di migliorare – il livello delle prestazioni ospedaliere pubbliche e private accreditate e di valorizzare il sistema misto di cui il Paese dispone.

A proposito di rendicontazione e di possibili aree di inefficienza si è proceduto all'analisi dei Conti Economici di 34 Aziende Ospedaliere proprio per cogliere le eventuali “anomalie” e per approfondirne una in particolare, relativa alle attività “a funzione”. A tale scopo si è proceduto nel modo che segue:

- 1) sono state recuperate dalle Relazioni di Bilancio delle 34 Aziende Ospedaliere le voci fondamentali (Ricavi, Costi, Risultati di Esercizio) presenti nei Conti Economici di 4 anni (dal 2013 al 2016): la Tabella All. 1 riporta tali voci, nella loro articolazione, ne raggruppa i valori rispettivamente per Regioni e per circoscrizioni territoriali.
Si tratta di 2/3 delle Aziende Ospedaliere attuali (53), con una distribuzione ben equilibrata tra il Nord (13), il Centro (7) e il Sud (14). Non si è operato sul totale delle Aziende Ospedaliere, oggetto dell'analisi dello scorso Rapporto, in quanto la Lombardia (con 29 Aziende Ospedaliere) ha modificato il proprio ordinamento, incorporando nelle Aziende stesse anche attività di tipo territoriale. E così è avvenuto per qualche Azienda specifica nel caso della Regione Friuli Venezia Giulia e della Regione Sardegna;
- 2) sono poi stati scelti quattro tipi di confronto che potessero illustrare, a partire dai quattro anni considerati e attraverso la predisposizione di appositi Numeri Indice:
 - l'andamento del numero dei Ricoveri rispetto all'andamento dei Ricavi da Prestazioni sanitarie;
 - l'andamento del numero dei Ricoveri e l'andamento dei Costi per Acquisto di Beni e Servizi;
 - 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 elaborando anche l'incidenza calcolata 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 il Bilancio 2016 delle Aziende Ospedaliere poteva incorporare questa disposizione, mentre gli Ospedali a gestione diretta avrebbero potuto incorporarla a partire dall'Esercizio 2017;
- 3) si è quindi approfondita la voce attività “a funzione” che spesso presenta valori decisamente (anzi troppo) elevati rispetto alle attività caratteristiche delle Aziende Ospedaliere: in taluni casi (ad esempio nell'anno 2016) l'incidenza percentuale su tali attività caratteristiche (Ricavi da Prestazioni sanitarie + Ticket) supera largamente il 30%, arrivando anche al 40%, al 50% o addirittura a più del 60% e in un caso anche superando l'80% (specie al Sud, ma non solo), come è stato messo in luce nella tavola 3 del paragrafo 4.1 della Parte prima. È evidente che la voce attività “a funzione” rappresenta una sorta di voce-aggregato che – per il numero

di attività e per il relativo valore loro attribuito – può anche comprendere quote di inefficienza o, in altri termini, forme implicite di ripianamento di bilancio;

- 4) per queste ragioni, oltre che per sviluppare su dati “reali” il ragionamento e non solo predisponendo simulazioni basate su dati “virtuali” come è avvenuto nel Rapporto 2016, si è voluto registrare quali siano state le conseguenze dell’applicazione del Decreto Ministeriale di attuazione citato nel precedente punto 2).

Concretamente si è proceduto attraverso i passi di seguito illustrati:

- a) si è valorizzata innanzitutto la quota delle attività “a funzione” eccedente il 30% dei Ricavi da Prestazioni sanitarie + Ticket, calcolata in base a quanto previsto dal Decreto Ministeriale richiamato. Questo perché in taluni (non pochi) casi si è andati al di là del limite (pur “generoso”) del suddetto 30%. Le Aziende Ospedaliere che hanno superato tale limite sono state individuate all’interno della Tabella All. 2, giungendo ad una stima di extraricavi pari a 431 milioni di euro.

Tale valore è stato poi proiettato sul totale delle Aziende Ospedaliere italiane, tenendo conto che:

- per le 34 Aziende esaminate il valore corrispondente è per l’appunto 431 mil. di €
- per le restanti 29 Aziende Ospedaliere si è proceduto attraverso un calcolo proporzionale al valore complessivo delle attività “a funzione” e presupponendo un’equa distribuzione dello “sforamento” oltre il 30%, pervenendo ad un importo pari a 212 mil. di €

Totale 643 mil. di €

- b) il passo successivo è stato quello di stimare i possibili extraricavi che comunque possono essere ragionevolmente presenti anche all’interno dei valori delle attività “a funzione”, pur depurati dalla quota che supera il 30% massimo previsto dal DM.

Si è adottato per la stima il criterio utilizzato nel Rapporto 2016, vale a dire una sorta di “forchetta” compresa tra il 20% e il 30% del totale delle attività “a funzione” 2016, intesa come un’ipotesi di extraricavo¹. Il calcolo è stato il seguente:

¹ L’ipotesi di una forchetta 20%-30% trovava già un riscontro all’interno della simulazione effettuata per il Rapporto *Ospedali&Salute/2010*, quando si stimò, senza critica di fondo da parte di nessuno dei Sistemi Sanitari Regionali, che il tasso di inefficienza implicita dell’ospedale pubblica fosse compreso fra il 20,5% delle strutture ospedaliere del Nord e il 34,7% delle strutture ospedaliere del Mezzogiorno.

– il 20%-30% del valore delle attività “a funzione” del 2016, delle 34 Aziende Ospedaliere (rispetto al totale delle attività “a funzione”, pari a 2.857 mil. di €) ammonterebbe a:	571-857 mil. di €
– tale “forchetta”, depurata dai 431 mil. di € calcolati sulla base del valore extra 30%, diventerebbe	140-126 mil. di €
– il 20%-30% del valore delle attività “a funzione” delle restanti 29 Aziende Ospedaliere (rispetto al totale delle loro attività “a funzione”, pari a 1.405 mil. di €) ammonterebbe a	281-422 mil. di €
Totale	421-848 mil. di €
c) alle cifre sin qui stimate andrebbe poi ad aggiungersi il valore effettivo dei disavanzi di bilancio per il 2016 per tutte le 53 Aziende Ospedaliere, che sono rispettivamente:	
– per il Nord	11 mil. di €;
– per il Centro	466 mil. di €;
– e per Sud	62 mil. di €
Totale Aziende Ospedaliere italiane	539 mil. di €
d) a questo punto la stima degli extraricavi delle Aziende Ospedaliere italiane (comprensiva dei disavanzi che in un modo o nell’altro dovranno comunque essere recuperati o imputati alla solidarietà collettiva) verrebbe a collocarsi all’interno della “forchetta” seguente:	(in mi. di €)
	<i>Min. Max</i>
– Totale di cui al punto a)	643 643
– Totale di cui al punto b)	421 848
– Totale di cui al punto c)	539 539
Totale	1.603 -2.030
e) se poi si volesse allargare la stima, sia pur grossolana, agli Ospedali a gestione diretta (che oggi comprendono anche le 29 ex Aziende Ospedaliere della Lombardia oltre che le 2 del Friuli Venezia Giulia e quella della Sardegna), si può assumere di attribuire loro lo stesso importo di extraricavi calcolati per le Aziende Ospedaliere, anche perché il valore 2016 dei Ricavi della produzione ospedaliera (Ricoveri, Ticket, file f, ecc.) è più del doppio rispetto a quello del totale delle Aziende Ospedaliere (33,4 contro 15,7 mil. di €)	1.603-2.030
TOTALE COMPLESSIVO	3.206 -4.060

Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Numero ricoveri ordinari e in day hospital						Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320)						Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.O. 1	19.230	18.300	17.050	16.800	106.572	104.135	106.572	104.135	106.572	104.135	106.572	104.135	2.601	2.511	2.615	2.569	2.569	2.569
A.O. 2	29.200	28.200	32.590	28.500	181.948	183.365	181.948	183.365	181.948	183.365	181.948	183.365	6.534	6.900	6.564	6.564	6.564	6.564
A.O. 3	28.700	27.500	27.500	27.350	174.424	168.874	174.424	168.874	174.424	168.874	174.424	168.874	5.441	5.227	5.067	5.067	5.067	5.067
A.O. 4	26.000	25.000	25.600	25.550	153.780	149.070	153.780	149.070	153.780	149.070	153.780	149.070	3.336	3.142	3.297	3.297	3.297	3.297
A.O. 5	23.300	22.200	22.900	21.000	125.885	119.436	125.885	119.436	125.885	119.436	125.885	119.436	4.035	4.039	3.862	3.862	3.862	3.862
A.O. 6	100.070	84.150	95.050	94.800	540.499	529.186	540.499	529.186	540.499	529.186	540.499	529.186	14.648	15.181	13.454	12.178	12.178	12.178
Totale Piemonte	226.500	205.450	220.690	214.000	1.283.108	1.254.066	1.283.108	1.254.066	1.283.108	1.254.066	1.283.108	1.254.066	36.595	37.000	34.859	32.363	32.363	32.363
A.O. 7	53.080	52.360	57.100	55.950	420.359	411.834	420.359	411.834	420.359	411.834	420.359	411.834	8.663	8.821	8.635	8.373	8.373	8.373
A.O. 8	51.500	51.960	59.270	64.535	394.620	401.961	394.620	401.961	394.620	401.961	394.620	401.961	6.541	6.800	6.974	7.510	7.510	7.510
Totale Veneto	104.580	104.320	116.370	120.485	814.979	813.795	814.979	813.795	814.979	813.795	814.979	813.795	15.204	15.621	15.609	15.883	15.883	15.883
A.O. 9	47.960	47.438	47.483	47.204	293.863	299.822	293.863	299.822	293.863	299.822	293.863	299.822	6.669	6.889	6.739	6.794	6.794	6.794
A.O. 10	38.412	37.511	37.126	36.892	235.358	237.076	235.358	237.076	235.358	237.076	235.358	237.076	3.138	3.152	3.255	3.849	3.849	3.849
A.O. 11	33.698	32.574	32.198	31.680	206.473	205.873	206.473	205.873	206.473	205.873	206.473	205.873	7.777	7.393	6.805	7.103	7.103	7.103
A.O. 12	69.833	68.374	67.884	68.736	427.878	432.141	427.878	432.141	427.878	432.141	427.878	432.141	6.094	6.129	6.085	6.043	6.043	6.043
A.O. 13	32.497	32.104	31.809	31.289	199.118	202.904	199.118	202.904	199.118	202.904	199.118	202.904	3.245	3.286	3.186	3.186	3.186	3.186
Totale Emilia Romagna	222.400	218.000	216.500	215.800	1.362.690	1.377.816	1.362.690	1.377.816	1.362.690	1.377.816	1.362.690	1.377.816	32.445	32.889	31.935	31.700	31.700	31.700
TOTALE NORD	553.480	527.770	553.560	550.285	3.460.777	3.445.677	3.460.777	3.445.677	3.460.777	3.445.677	3.460.777	3.445.677	84.244	85.510	82.403	80.006	80.006	80.006
A.O. 14	26.792	26.611	25.237	24.672	151.700	144.679	151.700	144.679	151.700	144.679	151.700	144.679	3.286	3.186	3.364	3.607	3.607	3.607
A.O. 15	49.178	47.919	46.053	46.122	278.445	260.532	278.445	260.532	278.445	260.532	278.445	260.532	4.504	4.422	4.318	4.437	4.437	4.437
Totale Marche	75.970	74.530	71.290	70.800	430.145	405.211	430.145	405.211	430.145	405.211	430.145	405.211	7.790	7.608	7.682	8.047	8.047	8.047
A.O. 16	49.610	47.922	38.706	34.599	241.829	238.751	241.829	238.751	241.829	238.751	241.829	238.751	6.418	6.222	5.336	4.743	4.743	4.743
A.O. 17	25.459	23.227	21.884	19.783	124.100	115.718	124.100	115.718	124.100	115.718	124.100	115.718	3.515	3.370	3.179	2.980	2.980	2.980
A.O. 18	65.373	61.261	52.344	48.843	318.664	305.205	318.664	305.205	318.664	305.205	318.664	305.205	11.307	10.950	10.188	10.386	10.386	10.386
A.O. 19	27.172	26.600	22.793	21.177	132.453	132.524	132.453	132.524	132.453	132.524	132.453	132.524	4.760	4.464	4.168	4.146	4.146	4.146
A.O. 20	34.586	35.489	31.272	29.767	168.593	176.806	168.593	176.806	168.593	176.806	168.593	176.806	6.009	5.580	5.572	5.213	5.213	5.213
Totale Lazio	202.200	194.500	167.000	154.170	985.639	968.004	985.639	968.004	985.639	968.004	985.639	968.004	32.009	30.586	28.443	27.468	27.468	27.468
TOTALE CENTRO	278.170	269.030	238.290	224.970	1.415.784	1.374.215	1.415.784	1.374.215	1.415.784	1.374.215	1.415.784	1.374.215	39.799	38.194	36.125	35.512	35.512	35.512

J.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Numero ricoveri ordinari e in day hospital						Ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria come da CE (Cod. A0320)						Ricavi da ticket per prestazioni specialistiche esterne come da CE (Cod. A0940)					
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2016
A.O. 21	74.633	70.926	66.659	66.300	299.652	305.360	317.373	298.153	5.989	5.708	5.675	4.569						
A.O. 22	40.937	38.194	36.511	36.200	164.363	164.439	173.831	162.790	2.820	2.806	2.793	2.437						
Totale Puglia	115.570	109.120	103.170	102.500	464.015	469.799	491.204	460.943	8.809	8.514	8.468	7.006						
A.O. 23	28.168	26.527	26.083	28.213	98.057	97.212	96.652	117.375	2.042	2.054	1.849	2.036						
A.O. 24	27.294	25.989	25.746	24.277	95.012	95.238	95.405	105.500	2.560	2.332	2.451	2.510						
A.O. 25	10.305	9.830	9.869	9.855	35.871	36.024	36.571	41.000	1.778	1.610	1.560	1.508						
A.O. 26	27.173	25.554	25.022	23.556	94.593	93.643	92.720	98.000	1.586	1.694	1.695	1.502						
Totale Calabria	92.940	87.900	86.720	85.900	323.533	322.117	321.348	361.875	7.966	7.690	7.555	7.556						
A.O. 27	25.812	21.525	20.377	22.009	117.627	113.251	121.004	121.030	1.464	1.380	1.366	1.404						
A.O. 28	34.129	28.738	27.531	32.213	155.528	151.207	163.486	177.138	2.430	2.303	2.333	2.335						
A.O. 29	46.968	40.938	39.860	44.207	214.039	215.396	236.698	243.093	4.248	3.979	3.944	3.917						
A.O. 30	19.918	16.538	15.211	16.918	90.768	87.012	90.324	93.034	1.522	1.231	1.237	1.161						
A.O. 31	25.948	23.380	23.242	26.679	118.246	123.015	138.017	146.708	2.469	2.466	2.479	2.371						
A.O. 32	34.593	29.411	27.965	-	157.644	154.744	166.061	174.053	2.033	1.985	1.873	1.744						
A.O. 33	35.437	30.527	27.117	31.202	161.492	160.615	161.024	171.581	2.084	1.890	1.749	1.736						
A.O. 34	26.636	23.048	23.775	30.272	121.383	121.264	141.180	166.466	1.884	1.806	1.754	1.715						
Totale Sicilia	249.441	214.104	205.078	203.500	1.136.727	1.126.504	1.217.794	1.293.703	18.104	17.040	16.735	16.383						
TOTALE SUD	457.951	411.124	394.968	391.900	1.924.275	1.918.420	2.030.346	2.115.921	34.879	33.244	32.758	30.945						
TOTALE GENERALE	1.289.601	1.207.924	1.186.818	1.167.155	6.800.836	6.738.312	6.954.878	7.101.360	158.922	156.948	151.286	146.463						

J.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Ricavi per attività "a funzione" come da CE (Cod. 410030)					Altri ricavi come da CE					Totale Ricavi come da CE (Cod. 42999)				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
A.O. 1	36.673	31.600	34.500	40.908	7.707	8.909	12.880	14.850	11.843	147.155	153.553	147.155	155.520	163.793	
A.O. 2	64.002	66.200	74.041	89.816	10.563	10.730	10.563	14.850	14.151	263.047	263.047	263.047	286.328	303.036	
A.O. 3	48.028	48.500	49.400	53.977	8.228	7.249	9.277	9.277	7.714	236.121	236.121	236.121	238.529	246.055	
A.O. 4	62.321	60.010	65.400	72.369	8.343	8.400	9.790	9.790	9.364	227.780	227.780	227.780	233.365	247.393	
A.O. 5	37.884	42.438	42.360	51.755	7.635	8.403	5.331	5.331	5.342	175.439	168.932	171.079	185.272		
A.O. 6	366.810	357.400	362.282	369.228	80.607	73.454	94.942	94.942	94.942	1.002.564	1.002.564	1.002.564	1.012.806	1.016.328	
Totale Piemonte	615.718	606.148	627.983	678.053	123.083	111.765	147.070	147.070	143.259	2.058.504	2.058.504	2.008.979	2.097.627	2.161.877	
A.O. 7	94.209	138.893	136.414	165.421	42.946	-6.708	17.972	17.972	-11.858	566.177	552.840	552.840	580.552	581.423	
A.O. 8	97.171	107.648	130.392	121.234	15.710	10.969	9.347	9.347	17.958	514.042	527.378	527.378	575.791	590.134	
Totale Veneto	191.380	246.541	266.806	286.655	58.656	4.261	27.319	27.319	6.100	1.080.219	1.080.219	1.080.218	1.156.343	1.171.557	
A.O. 9	47.817	62.711	55.152	58.155	28.629	12.199	17.145	17.145	15.817	376.978	381.621	381.621	383.030	386.635	
A.O. 10	33.939	32.920	35.667	35.667	7.978	11.907	8.938	8.938	12.415	286.042	291.229	291.229	291.340	295.104	
A.O. 11	33.897	43.200	44.960	44.960	20.628	8.957	10.375	10.375	11.308	264.136	261.182	261.182	264.726	265.395	
A.O. 12	76.387	89.465	83.400	91.752	46.192	29.029	48.284	48.284	29.688	558.234	558.028	558.028	573.093	573.935	
A.O. 13	36.703	77.290	85.028	85.221	62.889	21.445	25.967	25.967	28.387	304.804	307.768	320.725	322.400		
Totale Emilia Romagna	228.743	305.586	304.207	315.755	166.316	83.537	110.709	110.709	97.615	1.790.194	1.790.828	1.832.914	1.843.469		
TOTALE NORTH	1.035.841	1.158.275	1.198.996	1.280.463	348.055	199.563	285.098	285.098	246.974	4.928.917	4.889.025	5.086.884	5.176.903		
A.O. 14	56.448	66.451	62.730	72.419	8.733	3.514	11.438	11.438	173	220.167	217.830	218.782	221.547		
A.O. 15	73.269	91.200	102.162	94.570	14.683	20.208	18.638	18.638	10.794	370.901	376.362	382.876	381.445		
Totale Marche	129.717	157.651	164.892	166.989	23.416	23.722	30.076	30.076	10.967	591.068	594.192	601.658	602.992		
A.O. 16	60.354	69.985	53.605	46.153	24.450	15.140	18.058	18.058	15.875	333.051	330.098	309.964	290.966		
A.O. 17	21.463	30.429	20.918	17.432	18.157	17.360	20.947	20.947	29.177	167.235	166.877	176.762	177.781		
A.O. 18	95.541	106.828	85.192	81.914	31.871	29.370	30.508	30.508	38.400	457.383	452.353	440.938	447.196		
A.O. 19	19.436	23.952	20.043	18.632	17.193	14.761	14.351	14.351	13.984	173.842	175.701	175.701	175.748	177.384	
A.O. 20	31.207	35.118	34.016	33.981	7.965	7.426	9.887	9.887	8.524	213.774	224.930	237.693	240.403		
Totale Lazio	228.001	266.312	213.774	198.172	99.636	84.057	93.751	93.751	105.766	1.345.285	1.349.959	1.341.105	1.333.730		
TOTALE CENTRO	357.718	423.963	378.666	365.101	123.052	107.779	123.827	123.827	116.733	1.936.353	1.944.151	1.942.763	1.936.722		

./.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Ricavi per attività "a funzione" come da CE (Cod. 440030)						Altri ricavi come da CE						Totale Ricavi come da CE (Cod. 42999)					
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2016
A.O. 21	160.843	188.356	156.616	155.241	6.530	1.858	-3.591	7.969	473.014	501.282	476.073	465.932	473.014	501.282	476.073	465.932	473.014	501.282
A.O. 22	78.809	81.625	73.454	73.154	3.600	2.975	2.871	7.642	249.592	251.845	252.949	246.023	249.592	251.845	252.949	246.023	249.592	251.845
Totale Puglia	239.652	269.981	230.070	228.395	10.130	4.833	-720	15.611	722.606	753.127	729.022	711.955	722.606	753.127	729.022	711.955	722.606	753.127
A.O. 23	84.427	83.950	85.145	66.398	2.517	5.549	7.410	4.530	187.043	188.765	191.056	190.139	187.043	188.765	191.056	190.139	187.043	188.765
A.O. 24	67.476	66.200	65.400	67.599	4.165	6.454	13.023	-2.609	169.213	170.224	176.279	173.000	169.213	170.224	176.279	173.000	169.213	170.224
A.O. 25	14.849	14.349	10.344	3.000	12.731	5.969	6.075	5.492	65.229	57.952	54.550	51.000	65.229	57.952	54.550	51.000	65.229	57.952
A.O. 26	63.996	63.996	63.000	56.000	4.415	8.886	8.389	15.094	164.590	168.219	165.804	170.596	164.590	168.219	165.804	170.596	164.590	168.219
Totale Calabria	230.748	228.495	223.889	192.997	23.828	26.858	34.897	22.307	586.075	585.160	597.689	584.735	586.075	585.160	597.689	584.735	586.075	585.160
A.O. 27	63.525	67.730	67.494	67.685	6.084	11.715	5.580	10.539	188.700	194.076	195.444	200.658	188.700	194.076	195.444	200.658	188.700	194.076
A.O. 28	71.728	80.684	74.643	75.078	8.684	4.172	8.629	2.739	238.370	238.366	249.091	257.290	238.370	238.366	249.091	257.290	238.370	238.366
A.O. 29	136.862	139.702	145.198	142.094	27.166	32.415	19.009	14.562	382.315	391.492	404.849	403.666	382.315	391.492	404.849	403.666	382.315	391.492
A.O. 30	79.450	103.931	88.302	79.646	5.143	5.524	3.641	7.606	176.683	197.698	183.504	181.447	176.683	197.698	183.504	181.447	176.683	197.698
A.O. 31	57.758	57.620	54.844	54.525	6.450	5.042	3.505	6.174	185.093	188.143	198.845	209.778	185.093	188.143	198.845	209.778	185.093	188.143
A.O. 32	117.156	131.790	122.478	109.141	13.994	5.403	4.157	8.624	290.827	293.922	294.569	293.562	290.827	293.922	294.569	293.562	290.827	293.922
A.O. 33	146.799	167.800	165.573	149.380	23.346	19.446	20.861	36.929	333.721	349.751	349.207	359.626	333.721	349.751	349.207	359.626	333.721	349.751
A.O. 34	61.744	93.812	92.770	79.042	14.122	-4.203	-2.576	8.459	199.133	212.679	233.128	255.682	199.133	212.679	233.128	255.682	199.133	212.679
Totale Sicilia	735.022	843.069	871.302	756.591	104.989	79.574	62.806	95.632	1.994.842	2.066.127	2.108.637	2.161.709	1.994.842	2.066.127	2.108.637	2.161.709	1.994.842	2.066.127
TOTALE SUD	1.205.422	1.341.545	1.265.261	1.177.983	138.947	111.205	96.983	133.550	3.303.523	3.404.414	3.425.348	3.458.399	3.303.523	3.404.414	3.425.348	3.458.399	3.303.523	3.404.414
TOTALE GENERALE	2.598.981	2.923.783	2.842.923	2.823.547	610.054	418.547	505.908	497.257	10.168.793	10.237.590	10.454.995	10.572.024	10.168.793	10.237.590	10.454.995	10.572.024	10.168.793	10.237.590

J.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Costo per Acquisto di Beni (Cod. B.4010)					Costo per Acquisto di Servizi Sanitari (Cod. B.4400)					Costo per Acquisto di Servizi non Sanitari (Cod. B.41570)				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
A.O. 1	46.390	45.969	51.422	55.241	11.214	12.110	11.214	11.300	11.165	11.267	11.267	13.188	11.200	11.094	
A.O. 2	61.468	64.774	74.082	76.095	26.438	22.644	26.438	27.370	26.144	23.147	23.147	25.817	26.899	27.121	
A.O. 3	57.997	57.513	60.922	64.109	7.396	7.930	7.396	7.792	8.957	23.005	23.005	23.247	23.804	25.232	
A.O. 4	54.787	52.129	55.272	61.916	15.941	13.623	15.941	18.586	18.681	23.023	23.023	24.569	23.655	23.471	
A.O. 5	39.444	37.781	40.423	42.051	11.586	11.586	10.871	11.083	11.722	13.740	13.740	16.597	16.599	16.768	
A.O. 6	216.951	209.926	230.646	229.825	101.702	101.702	101.724	103.246	106.003	85.610	85.610	80.845	78.423	75.484	
Totale Piemonte	477.037	468.092	512.767	529.237	173.584	169.509	173.584	179.377	184.672	179.702	179.702	184.263	180.580	179.170	
A.O. 7	187.067	180.174	204.019	200.265	49.473	49.473	50.015	52.708	50.991	61.354	61.354	60.575	60.297	54.561	
A.O. 8	138.086	145.114	174.411	172.379	25.231	25.231	33.847	35.662	32.652	73.027	73.027	69.925	67.850	63.866	
Totale Veneto	325.153	325.288	378.430	372.644	74.704	74.704	83.862	88.370	83.643	134.381	134.381	130.500	128.147	118.427	
A.O. 9	84.489	90.865	87.417	93.791	33.150	33.109	32.150	28.767	30.919	43.662	43.662	44.653	43.155	38.961	
A.O. 10	50.255	50.863	51.117	54.159	29.981	29.981	31.524	33.050	33.881	31.615	31.615	30.713	28.118	29.236	
A.O. 11	53.030	54.987	58.822	60.574	27.338	27.338	24.647	22.514	22.421	31.037	31.037	31.950	30.996	27.073	
A.O. 12	127.769	135.059	174.518	164.324	63.806	63.806	64.955	66.361	73.311	56.997	53.019	51.089	51.089	57.562	
A.O. 13	58.801	60.468	69.659	66.769	25.625	25.625	27.719	27.564	26.997	46.737	46.737	47.169	46.543	44.684	
Totale Emilia Romagna	374.344	392.242	441.533	439.617	179.839	179.839	180.905	178.256	187.539	210.048	210.048	207.504	199.901	197.516	
TOTALE NORD	1.176.534	1.185.622	1.332.730	1.341.498	438.441	424.162	438.441	446.003	455.844	524.221	522.267	508.628	495.113	495.113	
A.O. 14	52.925	54.593	57.104	58.368	8.513	8.513	7.842	7.810	6.910	23.821	23.821	23.028	23.162	22.406	
A.O. 15	105.185	108.958	122.782	120.650	24.215	24.215	24.579	24.501	25.253	24.412	24.412	24.831	23.369	23.471	
Totale Marche	158.110	163.551	179.886	179.018	32.728	32.728	32.421	32.371	32.163	48.233	48.233	47.859	46.531	45.877	
A.O. 16	85.856	86.638	84.898	81.706	31.789	31.789	32.422	30.508	29.617	46.153	46.153	45.364	41.604	35.671	
A.O. 17	39.491	38.729	43.674	45.850	21.580	21.580	16.425	18.141	19.175	27.222	27.222	28.036	30.036	28.705	
A.O. 18	173.123	170.228	181.357	177.454	90.061	90.061	88.202	89.358	91.632	60.862	60.862	69.566	65.115	70.198	
A.O. 19	57.720	62.116	60.353	62.234	17.516	17.516	16.908	18.093	16.353	31.187	31.187	33.210	32.955	25.706	
A.O. 20	101.041	106.257	104.687	97.605	53.220	53.220	52.839	51.995	47.345	35.443	35.443	34.869	32.777	33.014	
Totale Lazio	457.231	463.968	474.969	464.849	214.166	214.166	206.796	208.995	204.122	201.271	201.271	211.045	202.487	193.294	
TOTALE CENTRO	615.341	627.519	654.855	643.867	246.894	246.894	239.217	240.406	236.285	249.504	249.504	258.904	249.018	239.171	

J.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Costo per Acquisto di Beni (Cod. B.4010)					Costo per Acquisto di Servizi Sanitari (Cod. B.4400)					Costo per Acquisto di Servizi non Sanitari (Cod. B.4570)				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
A.O. 21	156.332	152.227	175.965	152.259		23.647	30.785	11.407	11.198		60.482	56.000	55.787	53.795	
A.O. 22	72.117	78.259	82.473	74.060		8.244	7.896	7.347	7.608		27.514	27.751	27.667	26.114	
Totale Puglia	228.449	230.486	258.438	226.319		31.891	38.681	18.754	18.806		87.996	83.751	83.454	79.909	
A.O. 23	38.241	37.579	40.174	41.988		2.448	1.637	2.341	1.660		25.278	25.728	26.232	27.362	
A.O. 24	34.905	32.756	37.857	36.442		3.234	3.289	3.732	3.625		21.459	21.752	21.978	22.155	
A.O. 25	23.373	22.286	22.540	23.150		3.580	3.218	3.320	3.410		6.456	7.248	7.150	6.988	
A.O. 26	36.966	39.966	39.705	41.773		3.754	3.171	3.094	3.369		15.331	16.676	15.726	16.056	
Totale Calabria	133.485	132.387	140.276	143.353		13.016	11.315	12.487	12.064		68.524	71.404	71.006	72.561	
A.O. 27	44.129	44.904	47.546	50.062		11.369	11.300	9.008	10.837		20.725	21.458	21.345	21.339	
A.O. 28	53.451	56.307	68.120	69.107		13.072	12.053	13.814	22.820		18.513	17.457	16.890	16.472	
A.O. 29	111.358	116.388	139.112	139.517		25.078	24.454	27.958	31.243		33.309	28.315	26.611	27.696	
A.O. 30	30.986	32.779	35.358	35.998		3.711	2.988	4.395	5.214		15.660	14.171	12.865	13.256	
A.O. 31	41.608	43.988	58.936	57.888		5.010	5.340	9.310	17.381		23.750	20.430	18.338	18.865	
A.O. 32	69.449	73.519	81.139	78.493		6.661	4.694	8.746	15.954		25.246	24.549	24.050	24.766	
A.O. 33	73.644	76.283	75.215	80.939		18.703	23.259	25.488	34.703		28.871	24.950	23.617	19.254	
A.O. 34	56.170	62.848	83.827	87.994		25.486	27.415	32.689	46.433		14.454	13.067	14.543	15.451	
Totale Sicilia	480.795	507.016	589.253	599.998		109.090	111.503	131.408	184.585		180.678	164.397	158.259	157.099	
TOTALE SUD	842.729	869.889	987.967	969.670		153.997	161.499	162.649	215.455		337.138	319.552	312.799	309.569	
TOTALE GENERALE	2.634.604	2.683.030	2.975.552	2.955.035		825.053	839.157	849.058	907.584		1.110.863	1.100.723	1.070.445	1.043.853	

J.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Costi per il personale (Cod. B.42080)						Accantonamenti (Cod. B.42690)						Altri costi			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
A.O. 1	68.257	68.937	68.500	68.242	2.269	2.269	350	472	12.496	13.737	12.778	12.364				
A.O. 2	124.016	124.323	130.325	131.059	3.546	3.546	1.906	300	27.386	29.034	31.471	35.024				
A.O. 3	116.907	116.958	118.070	117.977	1.720	1.720	142	169	19.714	21.376	19.183	18.677				
A.O. 4	110.019	108.828	112.093	113.350	2.657	2.657	645	1.486	17.802	20.270	20.692	18.207				
A.O. 5	92.680	91.428	91.455	91.255	1.740	1.740	679	2.129	11.859	12.240	15.337	14.994				
A.O. 6	473.756	473.869	476.016	469.123	15.198	13.853	12.236	15.124	96.131	102.725	97.144	100.211				
Totale Piemonte	985.635	984.343	996.459	991.006	27.130	16.218	18.276	20.004	185.388	199.332	196.605	199.477				
A.O. 7	207.052	203.814	208.069	209.295	21.015	18.020	10.763	12.781	49.272	48.701	44.127	47.067				
A.O. 8	228.240	220.412	219.722	222.050	5.562	4.741	7.694	17.586	46.983	40.507	51.113	62.519				
Totale Veneto	435.292	424.226	427.791	431.345	26.577	22.761	18.457	30.367	96.255	89.208	95.240	109.586				
A.O. 9	167.899	167.288	169.137	170.411	3.289	2.622	5.180	8.489	34.991	33.108	41.777	33.117				
A.O. 10	135.756	137.952	139.162	140.046	2.329	4.385	433	6.073	25.980	24.047	29.394	24.417				
A.O. 11	109.604	110.715	111.171	111.411	6.338	3.325	5.346	10.407	28.054	27.688	27.849	26.551				
A.O. 12	226.774	222.428	217.790	215.994	17.485	28.078	21.082	11.648	51.550	44.258	44.496	49.141				
A.O. 13	126.695	124.263	123.733	12.203	3.124	2.587	4.539	4.935	36.176	35.851	34.924	145.503				
Totale Emilia Romagna	766.728	762.646	760.993	650.065	32.565	40.997	36.580	41.552	176.751	164.952	178.440	278.729				
TOTALE NORD	2.187.655	2.171.215	2.185.243	2.072.416	86.272	79.976	73.313	91.923	458.394	453.492	470.285	587.792				
A.O. 14	102.663	102.813	100.746	101.551	6.110	7.983	7.494	9.630	18.921	16.099	15.872	16.531				
A.O. 15	162.827	161.704	159.555	161.828	11.254	11.352	9.009	8.415	32.348	34.060	32.214	32.668				
Totale Marche	265.490	264.517	260.301	263.379	17.364	19.335	16.503	18.045	51.269	50.159	48.086	49.199				
A.O. 16	242.361	236.001	232.783	231.558	9.610	10.873	7.486	16.580	51.736	55.086	45.879	35.736				
A.O. 17	127.590	123.966	122.989	123.684	6.114	10.544	17.863	6.455	19.732	18.738	25.164	23.452				
A.O. 18	119.291	116.237	123.581	142.486	45.178	46.443	37.404	40.816	49.267	36.285	36.248	38.939				
A.O. 19	89.239	89.507	90.359	90.553	3.226	6.720	6.462	7.483	24.441	17.057	18.971	17.740				
A.O. 20	52.179	51.521	51.892	55.048	2.841	7.109	9.830	10.640	27.128	29.853	25.912	24.228				
Totale Lazio	630.660	617.232	621.604	643.329	66.969	81.689	79.045	81.974	172.304	157.019	152.174	140.095				
TOTALE CENTRO	896.150	881.749	881.905	906.708	84.333	101.024	95.548	100.019	223.573	207.178	200.260	189.294				

J.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Costi per il personale (Cod. B.42080)				Accantonamenti (Cod. B.42690)				Altri costi			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
A.O. 21	193.980	193.159	197.474	194.126	8.913	14.375	2.014	3.099	31.081	32.252	49.210	59.231
A.O. 22	108.565	108.993	109.989	111.581	3.154	5.518	4.876	3.753	16.301	12.694	13.016	14.808
Totale Puglia	302.515	302.152	307.463	305.707	12.067	19.893	6.890	6.852	47.382	44.946	62.226	74.039
A.O. 23	104.152	102.133	101.131	100.768	3.424	6.403	6.873	4.096	7.902	10.638	12.125	13.198
A.O. 24	93.112	91.855	92.167	92.110	1.424	1.250	1.289	1.315	10.377	11.192	11.624	10.395
A.O. 25	32.346	32.281	32.455	32.015	3.249	2.280	2.295	2.850	3.838	6.565	11.427	19.999
A.O. 26	83.682	82.873	81.080	83.613	3.270	2.943	3.314	2.545	14.660	15.267	15.611	16.114
Totale Calabria	313.292	309.142	306.833	308.506	11.367	12.876	13.771	10.806	36.777	43.662	50.787	59.706
A.O. 27	83.756	83.149	83.514	82.904	6.201	9.047	8.994	15.268	13.424	13.711	17.589	14.982
A.O. 28	114.212	113.964	113.706	114.625	8.374	10.758	10.026	10.218	19.765	16.074	16.137	15.791
A.O. 29	155.086	151.990	149.678	149.251	8.345	12.851	17.167	18.468	36.705	41.571	32.685	23.505
A.O. 30	98.062	96.926	92.886	86.392	3.398	11.283	10.825	17.986	15.995	25.401	19.154	20.181
A.O. 31	87.486	87.751	89.983	90.339	6.655	8.131	6.010	8.835	12.461	14.140	8.742	10.031
A.O. 32	145.249	140.907	141.391	140.780	7.167	8.714	12.737	8.353	19.306	22.491	14.986	16.048
A.O. 33	164.280	161.480	158.094	154.749	12.269	18.689	23.436	31.623	23.161	29.586	31.047	26.960
A.O. 34	61.164	60.096	61.179	62.852	4.947	3.277	3.708	4.269	30.612	34.926	27.875	29.031
Totale Sicilia	909.295	896.263	890.431	887.892	57.356	82.750	92.903	115.020	171.429	197.900	168.215	156.529
TOTALE SUD	1.525.102	1.507.557	1.504.727	1.496.105	80.790	115.519	113.564	132.678	255.588	286.508	281.228	290.274
TOTALE GENERALE	4.608.907	4.560.521	4.571.875	4.475.229	251.395	296.519	282.425	324.620	937.555	947.178	951.773	1.067.360

J.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Totale costi					Risultato d'esercizio				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
A.O. 1	152.789	153.351	155.550	158.578	0	0	-10.147	0	0	0
A.O. 2	262.211	270.979	292.053	297.743	-5.990	-18.864	-12.852	-18.864	-6.428	-6.428
A.O. 3	227.273	226.382	229.940	235.801	0	-5.619	0	0	1.713	0
A.O. 4	221.911	222.382	231.784	236.926	0	-5.737	-4.486	-4.486	2.403	0
A.O. 5	171.049	169.596	177.026	178.748	0	-8.432	-6.568	-6.568	1.801	0
A.O. 6	989.348	982.942	997.711	995.770	-12.750	-30.648	-15.081	-15.081	0	0
Totale Piemonte	2.024.581	2.025.832	2.084.064	2.103.566	-18.740	-73.435	-44.999	-44.999	-511	-511
A.O. 7	575.233	561.299	579.983	574.960	-25.609	-22.835	-17.047	-17.047	-10.491	-10.491
A.O. 8	517.129	514.546	556.452	571.052	-24.950	-13.451	1.000	1.000	490	490
Totale Veneto	1.092.362	1.075.845	1.136.435	1.146.012	-50.559	-36.286	-16.047	-16.047	-10.001	-10.001
A.O. 9	367.439	370.686	375.433	375.688	0	0	0	0	0	0
A.O. 10	275.916	279.484	281.274	287.812	0	0	0	0	0	0
A.O. 11	255.401	253.312	256.698	258.437	0	0	0	0	0	0
A.O. 12	544.381	547.797	575.336	571.980	0	0	0	0	0	0
A.O. 13	297.158	298.057	306.962	301.091	0	0	0	0	0	0
Totale Emilia Romagna	1.740.295	1.749.336	1.795.703	1.795.008	0	0	0	0	0	0
TOTALE NORD	4.857.238	4.851.013	5.016.202	5.044.586	-69.299	-109.721	-61.046	-61.046	-10.512	-10.512
A.O. 14	212.953	212.358	212.188	215.396	0	0	0	0	0	0
A.O. 15	360.241	365.484	371.430	372.285	0	0	0	0	2.582	0
Totale Marche	573.194	577.842	583.618	587.681	0	0	0	0	2.582	0
A.O. 16	467.505	466.384	443.158	430.868	-151.274	-158.632	-161.799	-155.718	-155.718	-155.718
A.O. 17	242.129	236.438	257.867	247.321	-91.594	-102.291	-98.853	-81.733	-81.733	-81.733
A.O. 18	537.786	526.961	533.063	561.525	-77.273	-74.610	-92.543	-140.252	-140.252	-140.252
A.O. 19	223.329	225.518	227.193	220.069	-102.291	-53.708	-54.160	-49.108	-49.108	-49.108
A.O. 20	271.852	282.448	277.093	267.880	-55.349	-73.601	-62.567	-41.794	-41.794	-41.794
Totale Lazio	1.742.601	1.737.749	1.738.374	1.727.663	-477.781	-462.842	-469.922	-469.922	-468.005	-468.005
TOTALE CENTRO	2.315.795	2.315.591	2.321.992	2.315.344	-477.781	-462.842	-469.922	-469.922	-466.023	-466.023

./.

(Segue) Tab. All. 1 – Confronto dati 2013 al 2016 Costi e Ricavi delle Aziende Ospedaliere come da Conto Economico (Ricavi e Costi in migliaia di euro)

Aziende Ospedaliere	Totale costi				Risultato d'esercizio					
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2015	2016
A.O. 21	474.405	478.798	491.857	473.708	0	0	0	-28.102	-19.736	0
A.O. 22	235.895	241.111	245.368	237.924	0	0	0	0	0	0
Totale Puglia	710.300	719.909	737.225	711.632	0	0	0	-28.102	-19.736	0
A.O. 23	181.445	183.918	188.876	189.072	-4.584	-6.007	-1.880	-1.880	0	0
A.O. 24	164.511	162.094	168.647	166.042	-1.682	-3.764	-2.265	-2.265	0	0
A.O. 25	72.842	73.878	79.187	88.412	-15.516	-14.562	-29.858	-42.000	0	0
A.O. 26	157.663	160.896	158.530	163.470	0	0	0	0	0	0
Totale Calabria	576.461	580.786	595.240	606.996	-21.782	-24.333	-34.003	-42.000	-42.000	0
A.O. 27	179.604	183.569	187.996	195.392	0	0	0	0	0	0
A.O. 28	227.387	226.613	238.693	249.033	0	0	0	0	0	0
A.O. 29	369.971	375.569	393.211	389.680	0	788	0	0	0	0
A.O. 30	167.812	183.548	175.483	179.027	0	0	0	0	0	0
A.O. 31	176.970	179.780	191.319	203.339	0	0	0	0	0	0
A.O. 32	273.078	274.874	283.049	284.394	0	2.456	2.680	0	0	0
A.O. 33	320.928	334.247	336.897	348.228	0	0	0	0	0	0
A.O. 34	192.833	201.629	223.821	246.030	0	2209	0	1120	0	0
Totale Sicilia	1.908.583	1.959.829	2.030.469	2.095.123	0	5.453	2.680	1.120	2.680	1.120
TOTALE SUD	3.195.344	3.260.524	3.362.934	3.413.751	-21.782	-18.880	-59.425	-60.616	-59.425	-60.616
TOTALE GENERALE	10.368.377	10.427.128	10.701.128	10.773.681	-568.862	-591.443	-590.393	-537.151	-590.393	-537.151

Fonte: Relazioni di Bilancio delle singole Aziende Ospedaliere, relative ai quattro anni indicati

Tab. All. 2 – Ricavi eccedenti il limite del 30% delle attività “a funzione”, calcolate come da DM, a partire dal controvalore presente nei Conti Economici 2016, nonché Risultati di esercizio dello stesso anno, con riferimento alle Aziende Ospedaliere considerate (v.a. in migliaia di euro)

AZIENDE OSPEDALIERE	A.O. CON ATTIVITÀ “A FUNZIONE”, CHE ECCEDONO IL 30% (IN NETTO)	%	CONTROVALORE		CONTROVALORE IN MIGLIAIA DI EURO CALCOLATO SULLA BASE DEL 30% MAX DELLE ATTIVITÀ “A FUNZIONE”	DIFFERENZA IN MIGLIAIA DI EURO (E = D - C)	RISULTATI DI ESERCIZIO DELLE A.O.	SOMMA ALGEBRICA G = E + F
			B	C				
	A				D	E	F	G
A.O. 1	26,9			-			0	0
A.O. 2	31,1	1,1	89.816		85.315	- 4.501	- 6.428	- 10.929
A.O. 3	22,6			-			1.713	1.713
A.O. 4	30,4	0,4	72.369		70.997	- 1.372	2.403	1.031
A.O. 5	28,8			-			1.801	1.801
A.O. 6	40,1	10,1	369.228		236.681	- 132.547	0	- 132.547
Totale Piemonte	33,6	3,6	531.413		392.993	- 138.420	- 511	- 138.931
A.O. 7	27,9			-			- 10.491	- 10.491
A.O. 8	21,2			-			490	490
Totale Veneto	24,6						- 10.001	- 10.001
A.O. 9	15,7						0	0
A.O. 10	12,6				-	-	0	0
A.O. 11	17,7					-	0	0
A.O. 12	16,9					-	0	0
A.O. 13	29,0					-	0	0
Totale Emilia Romagna	18,1					-		0
TOTALE NORD	26,0		531.413		392.993	- 138.420	- 10.512	- 148.932
A.O. 14	32,7	2,7	72.419		63.838	- 8.581	0	- 8.581
A.O. 15	25,5		0		-	-	2.582	2.582
Totale Marche	28,2		72.419		63.838	- 8.581	2.582	- 5.999
A.O. 16	16,8			-			- 155.718	- 155.718
A.O. 17	11,7			-			- 81.733	- 81.733
A.O. 18	20,0			-	-		- 140.252	- 140.252
A.O. 19	11,6			-			- 49.108	- 49.108
A.O. 20	14,6			-			- 41.794	- 41.794
Totale Lazio	16,2					-	- 468.605	- 468.605
TOTALE CENTRO	20,1		72.419		63.838	- 8.581	- 466.023	- 474.604

J.

(Segue) Tab. All. 2 – Ricavi eccedenti il limite del 30% delle attività "a funzione", calcolate come da DM, a partire dal controvalore presente nei Conti Economici 2016, nonché Risultati di esercizio dello stesso anno, con riferimento alle Aziende Ospedaliere considerate (v.a. in migliaia di euro)

AZIENDE OSPEDALIERE	A.O. CON ATTIVITÀ "A FUNZIONE", CHE ECCEDONO IL 30% (IN NETTO)	% ECCEDENTE IL 30%	CONTROVALORE IN MIGLIAIA DI EURO, COME DA CE 2016	CONTROVALORE IN MIGLIAIA DI EURO CALCOLATO SULLA BASE DEL 30% MAX DELLE ATTIVITÀ "A FUNZIONE"	DIFFERENZA IN MIGLIAIA DI EURO (E = D - C)	RISULTATI DI ESERCIZIO DELLE A.O.	SOMMA ALGEBRICA G = E + F
	A	B	C	D	E	F	G
A.O. 21	33,9	3,9	155.241	129.738	-25.503	-19.736	-45.239
A.O. 22	30,7	0,7	73.154	70.812	-2.342	0	-2.342
Totale Puglia	32,8	2,8	228.395	200.550	-27.845	-19.736	-47.581
A.O. 23	35,7	5,7	66.398	51.176	-15.222	0	-15.222
A.O. 24	38,5	8,5	67.599	46.290	-21.309	-	-21.309
A.O. 25	6,6	-	-	-	-	-42.000	-42.000
A.O. 26	36,0	6,0	56.000	42.644	-13.356	0	-13.356
Totale Calabria	34,3	4,3	189.997	140.110	-49.887	-42.000	-91.887
A.O. 27	35,6	5,6	67.685	52.472	-15.213	0	-15.213
A.O. 28	29,5	-	-	-	-	0	0
A.O. 29	36,5	6,5	142.094	105.861	-36.233	0	-36.233
A.O. 30	45,8	15,8	79.646	40.369	-39.277	0	-39.277
A.O. 31	26,8	-	-	-	-	0	0
A.O. 32	38,3	8,3	109.141	75.342	-33.799	0	-33.799
A.O. 33	46,3	16,3	149.380	74.279	-75.101	0	-75.101
A.O. 34	32,0	2,0	79.042	72.076	-6.966	1120	-5.846
Totale Sicilia	36,6	6,6	626.988	420.399	-206.589	1.120	-205.469
TOTALE SUD	35,4	5,4	1.045.380	761.059	-284.321	-60.616	-344.937
TOTALE GENERALE	28,0		1.649.212	1.217.890	-431.322	-537.151	-968.473

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

La seconda metodologia utilizzata è stata quella posta alla base di due indagini congiunturali, riguardanti rispettivamente i rapporti che intercorrono tra gli utenti/cittadini e i servizi ospedalieri e le esperienze dei *care-giver* su alcuni argomenti distintivi per il 2017.

La prima indagine è stata rivolta ad un campione rappresentativo nazionale di popolazione italiana adulta da 18 anni in poi. Sono state selezionate a tale proposito un insieme di domande che – come tutti gli anni – consentono di misurare la variazione delle opinioni e delle valutazioni da parte sia degli utenti effettivi dei servizi sia dei cittadini nel loro complesso.

I temi sono quelli riguardano l'accesso ai servizi ospedalieri e la qualità percepita di questi ultimi da parte degli intervistati, nonché il giudizio di insieme sul sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato che caratterizza il nostro Paese. Il tutto tenendo conto delle diverse tipologie di strutture esistenti e cioè ospedali pubblici, ospedali privati accreditati e cliniche private.

È stato perciò predisposto il consueto questionario che comprende:

- a) alcune domande indirizzate specificamente agli utilizzatori di servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi, con un'attenzione posta:
 - sul tipo di servizio utilizzato;
 - sulla tipologia di ospedale cui ci si è rivolti (pubblico, privato accreditato oppure clinica privata);
 - sul livello di soddisfazione delle prestazioni ricevute l'ultima volta che si è utilizzata una qualsiasi struttura;
 - sulle modalità con cui l'intervistato ha operato le proprie scelte al momento dell'utilizzo dell'ultima struttura ospedaliera di cui ha avuto esperienza;
 - e sul livello di “fedeltà” dell'intervistato rispetto all'ultima struttura ospedaliera cui si è rivolto;
- b) e alcune domande indirizzate invece all'intero campione di cittadini da 18 anni in poi, concernenti:
 - l'accesso o meno ai servizi ospedalieri negli ultimi dodici mesi da parte dell'intervistato e/o dei membri della sua famiglia;
 - il livello di consapevolezza circa la possibilità di accedere sia ad ospedali pubblici sia ad ospedali privati accreditati per i quali non esistono oneri aggiuntivi per i pazienti;
 - la possibilità di scegliere anche ospedali 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 (a questo si è aggiunta una domanda riguardante il comportamento teorico dei cittadini in caso di problemi seri e/o urgenti di salute, allo scopo di verificare il crescente utilizzo delle strutture ospedaliere rispetto alla medicina territoriale);
 - il giudizio di soddisfazione per gli ospedali italiani, articolati nelle tre tipologie di ospedali pubblici, ospedali privati accreditati e cliniche private);
 - la valutazione di alcune affermazioni tendenti a considerare l'attuale sistema misto pubblico/privato accreditato come un'offerta integrata e sulla quale sarebbe necessario fornire un'informazione più precisa da parte del sistema sanitario nazionale;
 - la disponibilità dell'intervistato a sostenere idealmente qualche onere aggiuntivo pur di avere una più ampia possibilità di scelta rispetto ad oggi.

La somministrazione del questionario ha avuto luogo a cavallo dei mesi di settembre e di ottobre 2017 ed ha portato a 4.020 questionari validi, raccolti attraverso un apposito panel telematico che è costruito a partire da 2.000 famiglie italiane, nel cui ambito hanno risposto i singoli individui da 18 anni in poi, considerando le domande contenute nel questionario più sopra ricordato.

Il suddetto panel di famiglie viene costantemente mantenuto (su base annuale), allo scopo di compensare le diminuite collaborazioni fisiologiche di una quota di intervistandi e di garantire così una costante rappresentatività del campione utilizzato (tale manutenzione interessa all'incirca il 15% del campione totale, anno per anno).

I dati raccolti attraverso l'indagine sono stati successivamente ricomposti in maniera tale da poter rispettare appieno una sorta di campione ideale che risulta conforme all'universo della popolazione adulta italiana da 18 anni in poi.

Tale campione presenta un livello di errore valutabile attorno al $\pm 1,55\%$, con un intervallo di confidenza pari al 95%.

Successivamente le informazioni così raccolte sono state elaborate in modo tale da ottenere delle tabelle di distribuzione semplice, sulla cui base si è proceduto ad effettuare alcuni incroci, utilizzando dei gruppi di variabili

ritenute particolarmente significative, così come viene illustrato nel successivo Capitolo 3 degli Allegati.

I risultati complessivi dell'indagine trovano posto, con il relativo commento, all'interno della Parte seconda del Rapporto.

Il profilo socioanagrafico dei 4.020 intervistati viene fornito dalle tabelle che seguono. Esse illustrano le caratteristiche di base dei campioni utilizzati nel corso delle indagini congiunturali annuali.

Tab. All. 3 – Sesso dell'intervistato (val. %)

Sesso	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Maschio	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	52,0	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
v.a.	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 Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. All. 4 – Ruolo ricoperto dall'intervistato all'interno della famiglia (val. %)

Ruolo	%
- Capofamiglia	42,9
- Non capofamiglia	57,1
Totale	100,0
v.a.	4.020

Fonte: indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. All. 5 – Numero di componenti della famiglia (val. %)

Numero	%
- 1 componente	4,2
- 2 componenti	24,7
- 3 componenti	31,1
- 4 componenti	29,1
- 5 o più componenti	10,9
Totale	100,0
v.a.	4.020

Fonte: indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. All. 6 – Età dell'intervistato (val. %)

Anni	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	8,7	8,7	8,7	9,0	9,9	9,9
- 25-34 anni	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	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	40,1	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
v.a.	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, 2017

Tab. All. 7 – Ripartizione di residenza dell'intervistato (val. %)

Ripartizione	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	26,8	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	19,2	19,2	19,2	19,2	19,1
- Centro	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	35,9	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
v.a.	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, 2017

Tab. All. 8 – Ampiezza del comune di residenza dell'intervistato (val. %)

Ampiezza	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	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	29,7	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	23,4	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
v.a.	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, 2017

Tab. All. 9 – Professione dell'intervistato (val. %)

Professione	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	11,5	11,6	12,0	12,4	12,2	12,6	12,6	12,6
- Lavoratore dipendente	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
- Operaio	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	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	4,2	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	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
v.a.	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 Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. All. 10 – Titolo di studio dell'intervistato (val. %)

Titolo	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Nessun titolo/Licenza elem.	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 inferiore	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
- Diploma media sup./Laurea breve, Laurea, Dottorato	41,3	41,3	41,3	41,3	41,3	39,6	39,6	38,8	38,2	37,6	36,9	35,7	35,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	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 Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. All. 11 – Livello socio economico stimato dell'intervistato (val. %)

Livello	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
- Basso/Medio basso	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	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	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	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	4,070	4,070	4,110	4,097	4,210	4,160	4,350	4,011

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

La seconda indagine, effettuata per la predisposizione del presente Rapporto, è stata quella dedicata specificamente ai *care-giver*. Essa è stata diretta ad approfondire in particolare le spese *out-of-pocket* delle famiglie italiane, a cui si è aggiunta la misurazione (per gli ultimi dodici mesi) delle eventuali rinunce e/o degli eventuali rimandi delle cure nonché delle debolezze dei “sistemi di giunzione” e delle reazioni conseguenti da parte degli stessi *care-giver*. A tale scopo si è proceduto alla predisposizione di un secondo questionario, da somministrare ad un campione rappresentativo nazionale dei suddetti *care-giver*. Le domande contenute in tale questionario riguardavano più specificamente:

- l’analisi del dettaglio delle spese *out-of-pocket*, sostenute dalle famiglie e i relativi comportamenti di spesa;
- la misurazione del fenomeno relativo agli eventuali rimandi e/o rinunce alle cure per il 2017, ma anche per il 2016 e per il 2015;
- la valutazione della permanente debolezza dei “sistemi di giunzione”: al momento dell’ingresso nelle strutture ospedaliere, della permanenza in queste ultime e della dimissione dalle medesime, magari per entrare in strutture di riabilitazione e/o di assistenza;
- il ricorso “compensativo”, rispetto all’insoddisfazione eventualmente registrata in precedenza nei confronti degli ospedali pubblici, tramite l’utilizzo di ospedali privati accreditati e/o di cliniche private;
- e la verifica dell’orientamento verso le strutture ospedaliere di tipo extra regionale.

La somministrazione del questionario ha avuto luogo nei mesi di settembre/ottobre 2017, portando alla raccolta di 1.847 questionari validi. Anche in tal caso ci si è avvalsi del panel telematico menzionato per l’indagine precedente, dalle cui risposte si è pervenuti ad un campione rappresentativo nazionale dopo una breve ponderazione, la quale viene illustrata dal quadro contenuto nella pagina seguente che pone a confronto la distribuzione dei rispondenti “grezzi” con quella dei rispondenti “ponderati”.

Il livello di errore, riferito al campione dei *care-giver*, è valutabile attorno al $\pm 2,28\%$, con un intervallo di confidenza pari al 95%.

Le informazioni così raccolte sono state elaborate in modo da ottenere le tabelle di distribuzione semplice, sulla cui base si è proceduto ad effettuare una serie di incroci, utilizzando alcune variabili ritenute particolarmente significative che sono state richiamate nel successivo capitolo 4 degli Allegati.

I risultati dell’indagine sui *care-giver* e il relativo commento hanno trovato posto all’interno della Parte terza del Rapporto.

Il profilo socioanagrafico dei *care-giver* intervistati viene fornito dalle tabelle successive. Esse illustrano le caratteristiche del campione utilizzato nel corso dell’indagine.

	<i>Rispondenti grezzi (2017)</i>		<i>Rispondenti ponderati (2017)</i>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
SESSO				
Maschi	808	43,7	844	42,2
Femmine	1.039	56,3	1.156	57,8
Totale	1.847	100,0	2.000	100,00
REGIONE NIELSEN				
Piemonte+Liguria+Valle D'Aosta	198	10,7	224	11,2
Lombardia	354	19,2	338	16,9
Triveneto	209	11,3	240	12,0
Emilia Romagna	120	6,5	156	7,8
Toscana+Marche+Umbria+Sardegna	258	14,0	264	13,2
Lazio	140	7,6	190	9,5
Abruzzo+Molise+Campania+Puglia	322	17,4	344	17,2
Sicilia+Calabria+Basilicata	246	13,3	242	12,1
Totale	1.847	100,0	2.000	100,00
ISTRUZIONE				
Nessun titolo/Licenza elementare	24	1,3	146	7,30
Licenza media inferiore	224	12,1	360	18,00
Diploma media superiore	1.071	58,0	988	49,40
Laurea breve, laurea, dottorato	528	28,6	506	25,30
Totale	1.847	100,0	2.000	100,00
ETA'				
Da 18 a 24 anni	62	3,4	16	0,80
Da 25 a 34 anni	202	10,9	194	9,70
Da 35 a 44 anni	400	21,7	486	24,30
Da 45 a 54 anni	544	29,5	428	21,40
Da 55 a 64 anni	351	19,0	392	19,60
Oltre 64 anni	288	15,6	484	24,20
Totale	1.847	100,0	2.000	100,00
PROFESSIONE				
Lavoratore autonomo	251	13,6	251	12,54
Lavoratore dipendente	725	39,3	695	34,77
Operaio	171	9,3	172	8,58
Casalinga	187	10,1	215	10,75
Pensionato	308	16,7	488	24,39
In cerca di occupazione	65	3,5	68	3,41
Altro	140	7,6	111	5,55
Totale	1.847	100,0	2.000	100,00
CAPOFAMIGLIA				
Capofamiglia	980	53,1	1.318	65,90
Non capofamiglia.	867	46,9	682	34,10
Totale	1.847	100,0	2.000	100,00
LIVELLO SOCIO ECONOMICO				
AB (alto)	14	0,8	15	0,74
C1 (medio alto)	122	6,6	120	5,98
C2 (medio)	957	51,8	1.019	50,94
D (medio basso)	600	32,5	646	32,30
E (basso)	154	8,3	201	10,04
Totale	1.847	100,0	2.000	100,00

Tab. All. 12 – Posizione del care-giver intervistato (val. %)

<i>Risposta</i>	<i>%</i>
– Moglie (o comunque partner femmina)	38,0
– Marito (o comunque partner maschio)	35,6
– Unico componente della famiglia (femmina)	6,9
– Unico componente della famiglia (maschio)	3,3
– Figlia	7,6
– Figlio	2,5
– Sorella convivente (del marito o della moglie)	0,2
– Fratello convivente (del marito o della moglie)	0,1
– Altro parente convivente (donna)	2,8
– Altro parente convivente (uomo)	0,5
– Altra persona non parente, ma convivente (donna)	0,2
– Altra persona non parente, ma convivente (uomo)	0,4
– Altro	1,9
Totale	100,0
v.a.	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. All. 13 – Ruolo svolto dall'interno all'interno della famiglia (val. %)

<i>Ruolo</i>	<i>%</i>
– Capofamiglia	65,9
– Non capofamiglia	34,1
Totale	100,0
v.a.	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. All. 14 – Numero di componenti della famiglia (val. %)

<i>Numero</i>	<i>%</i>
– 1 componente	9,3
– 2 componenti	32,0
– 3 componenti	29,0
– 4 componenti	23,0
– 5 o più componenti	6,7
Totale	100,0
v.a.	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. All. 15 – Sesso del care-giver (val. %)

<i>Sesso</i>	<i>2016</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
– Maschio	42,2	42,2	42,2	39,0	37,6
– Femmina	57,8	57,8	57,8	61,0	62,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. All. 16 – Classi di età dei care-giver (val. %)

<i>Classe di età</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
– 18-34 anni	10,5	10,5	10,5	9,5	10,3
– 35-54 anni	45,7	45,7	45,7	41,6	41,8
– 55 anni e oltre	43,8	43,8	43,8	48,9	47,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017**Tab. All. 17 – Livello di istruzione dei care-giver (val. %)*

<i>Titolo di studio conseguito</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
– Nessun titolo/Licenza elementare	7,3	7,3	7,3	5,0	5,6
– Licenza media inferiore	18,0	18,0	18,0	27,6	26,9
– Diploma media superiore	49,4	49,4	49,4	46,8	47,3
– Laurea breve, laurea, dottorato	25,3	25,3	25,3	20,6	20,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017**Tab. All. 18 – Professione dei care-giver (val. %)*

<i>Professione</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
– Lavoratore autonomo	5,2	5,2	14,7	11,7	11,6
– Lavoratore dipendente	39,3	39,3	35,3	34,0	33,5
– Operaio	8,2	8,2	7,4	7,8	7,3
– Casalinga	10,8	10,8	9,7	14,0	14,8
– Pensionato	25,2	25,2	22,7	26,5	26,6
– In cerca di occupazione	8,1	8,1	7,3	5,3	5,1
– Altro	3,2	3,2	2,9	0,7	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017**Tab. All. 19 – Ripartizione geografica di residenza dei care-giver (val. %)*

<i>Ripartizione geografica</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
– Nord-Ovest	28,1	28,1	28,2	28,2	28,2
– Nord-Est	19,8	19,8	19,8	19,8	19,8
– Centro	19,1	20,2	19,4	18,7	18,8
– Sud e Isole	33,0	31,9	32,6	33,3	33,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017**Tab. All. 20 – Ampiezza del Comune di residenza dei care-giver (val. %)*

<i>Ampiezza</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
– Fino a 20 mila abitanti	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0
– 20-100 mila abitanti	28,5	28,5	28,5	28,5	28,5
– Oltre 100 mila abitanti	24,5	24,5	24,5	24,5	24,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

L'approfondimento del tema delle spese *out-of-pocket* delle famiglie italiane, concernenti la sanità e l'assistenza, ha suggerito di confrontare i dati di indagine con i dati rilevati dall'Istat.

Nella tabella 1 della suddetta Parte terza è stata esposta la spesa sanitaria pubblica e quella *out-of-pocket* delle famiglie a prezzi correnti, utilizzando i seguenti dati di popolazione residente Istat:

2006	59.131.287
2007	59.619.290
2008	60.045.068
2009	60.340.328
2010	60.626.442
2011 (pre-censimento)	60.785.753
2011 (post-censimento)	59.394.207
2012	59.685.227
2013	60.782.668
2014	60.795.612
2015	60.665.551
2016	60.589.445

La costruzione della tabella 5D, contenuta nella Parte terza, è stata effettuata nel modo che segue.

Sono stati innanzitutto riportati i dati relativi alle spese per consumi sanitari, di cui all'indagine Istat annuale, derivanti dalla tabella 1 della Parte terza. Il che significa aver tenuto conto dei 35.681 milioni di euro del 2016, articolati in:

- 13.557 milioni di euro per prodotti medicinali + articoli sanitari + materiale terapeutico;
- 17.135 milioni di euro relativi ai servizi ambulatoriali;
- e 4.989 milioni di euro per quanto riguarda i servizi ospedalieri.

In realtà l'importo totale dei consumi sanitari delle famiglie italiane potrebbe essere corretto al ribasso nella misura del 5,4%, percentuale che corrisponde alla somma della spesa per consumi finali nel resto del mondo da parte delle famiglie residenti (pari a 17.428 milioni di euro) nonché la spesa per consumi finali nel territorio economico nazionale delle famiglie non residenti (pari a 35.866 milioni di euro). L'insieme delle due spese menzionate, rapporto al totale della spesa delle famiglie per consumi finali (pari a 989.968 milioni di euro), corrisponde per l'appunto il 5,4% menzionato¹.

¹ Fonte: Istat, elaborazione dei dati sui consumi delle famiglie, *Annuario Statistico Italiano 2016*.

Se si applica – per estensione logica – la stessa percentuale al totale delle spese per consumi sanitari e cioè a 35.681 milioni di euro, si otterrebbe che le spese per consumi sanitari totali al netto di quanto fa capo alle famiglie non residenti e alle spese effettuate nel resto del mondo dalle famiglie residenti, si perverrebbe ad una cifra finale pari a 33.754 milioni di euro anziché a 35.681 milioni di euro, esposti nella tabella 5D della Parte terza.

Per quanto riguarda i dati presenti, sempre in questa tabella ma relativi all'indagine *care-giver*, si precisa che rispetto alla spesa totale stimata, pari a 26.425 milioni di euro, i 9.293 milioni di euro destinati all'acquisto di prodotti medicinali + articoli sanitari + materiale terapeutico sono stati calcolati sommando le poste corrispondenti delle tabelle 3 e 5 della Parte terza e precisamente:

	Mil. di euro
– Ticket per i farmaci (tab. 3)	2.686
– Spese aggiuntive rispetto a quanto fornito dal sistema sanitario pubblico sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (tab. 3)	1.049
– Ulteriori spese per l'acquisto dei farmaci senza prescrizione medica (tab. 5)	2.010
– Spese per l'acquisto dei farmaci per i quali è obbligatoria la prescrizione ma il cui costo non viene assunto dal SSN (tab. 5)	1.096
– Spese effettuate via web per l'acquisto dei farmaci (tab. 5)	136
– Spese per articoli sanitari (tab. 5)	372
– Spese sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (tab. 5)	1.944
Totale	9.293

In particolare per quanto riguarda le spese per i ticket pagati dalle famiglie italiane insieme alle spese per i servizi *intramoenia*, si è voluto operare un confronto con i dati ufficiali. Il risultato è quello che segue (cfr. schema), da cui si può assumere che i valori utilizzati sono ragionevolmente in linea con quelli stimati in base alle dichiarazioni dei *care-giver* (il valore più elevato dei ticket relativi ai farmaci è dovuto probabilmente alla dichiarazione anche di spese sostenute per l'acquisto di questi ultimi senza ricetta).

Un caso a parte è rappresentato dai ticket per analisi e accertamenti diagnostici per i quali probabilmente bisogna accontentarsi delle stime effettuate in base all'indagine sui suddetti *care-giver* in quanto non esistono dati ufficiali in proposito.

	<i>Mil. di euro</i>
Ticket per i farmaci	
– Secondo l'indagine <i>care-giver</i> 2017 (Parte terza/tabella 3)	2.686
– Secondo i dati <i>IMS</i> 2016	1.539 ¹
Ticket per laboratori	
– Secondo l'indagine <i>care-giver</i> 2017 (Parte terza/tabella 3)	1.719
– In mancanza di dati ufficiali si assume la cifra precedente	1.719 ²
Ticket per accertamenti diagnostici	
– Secondo l'indagine <i>care-giver</i> 2017 (Parte terza/tabella 3)	1.239
– In mancanza di dati ufficiali si assume la cifra precedente	1.239 ²
Ticket per visite specialistiche	
– Secondo l'indagine <i>care-giver</i> 2017 (Parte terza/tabella 3)	1.702
– Secondo i dati <i>Ministero della Salute</i> 2015	1.653
Ticket per il Pronto Soccorso	
– Secondo l'indagine <i>care-giver</i> 2017 (Parte terza/tabella 3)	71
– Secondo i dati <i>Agenas</i> 2015	43
Spese per visite e day hospital intramoenia	
– Secondo l'indagine <i>care-giver</i> 2017, comprensivo di visite specialistiche (897 mil. di euro) e interventi in day hospital (133 mil. di euro) (Parte terza/tabella 5)	1.030
– Secondo i dati <i>Ministero della Salute</i> 2015	1.380
Totale secondo i dati emersi dall'indagine <i>care-giver</i>	8.447
Totale secondo i dati ufficiali	7.573

- (1) La differenza può essere ragionevolmente imputata a spese per farmaci variamente acquisiti dalle famiglie e attribuiti, sommandoli, ai costi per i ticket
- (2) A differenza dei ticket per farmaci, per visite specialistiche e per Pronto Soccorso si ricorda che i relativi importi vengono "scomputati" come anticipo dei Ricavi riconosciuti dai Servizi Sanitari Regionali alle aziende private che effettuano analisi e accertamenti diagnostici

Per quanto riguarda la ricostruzione della spesa per i servizi di tipo ambulatoriale, con riferimento ai dati di indagine sui *care-giver* (pari a 14.685 milioni di euro) si sono utilizzate le seguenti poste:

	<i>Mil. di euro</i>
– Ticket per le analisi (tab. 3)	1.719
– Ticket per accertamenti diagnostici (tab. 3)	1.239
– Ticket per visite specialistiche (tab. 3)	1.702
– Spese sostenute per visite presso il proprio medico di base per prestazioni particolari (tab. 3)	120
– Spese per l'effettuazione di analisi cliniche presso i laboratori (tab. 5)	620
– Spese per l'effettuazione di accertamenti diagnostici (tab. 5)	710
– Spese per visite specialistiche private presso il proprio medico di base al di fuori degli orari di ricevimento (tab. 5)	828

– Spese per infermieri, agopunturisti, podologi, psicologi, ecc. (tab. 5)	728
– Spese per cure dentarie (tab. 5)	7.019
Totale	14.685

E infine per i servizi ospedalieri (pari a 2.447 milioni di euro) si è proceduto in maniera analoga, sommando gli importi relativi alle poste che seguono:

	Mil. di euro
– Ticket per l'accesso al Pronto Soccorso (tab. 3)	71
– Spese per visite specialistiche effettuate in intramoenia (tab. 3)	897
– Spese per eventuali interventi in day hospital intramoenia (tab. 3)	133
– Spese per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture pubbliche situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero (tab. 3)	313
– Spese per l'accesso al Pronto Soccorso privato (tab. 5)	12
– Spese per interventi in day hospital privato (tab. 5)	104
– Spese per ricovero (tab. 5)	681
– Spese per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture private a pagamento situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero (tab. 5)	236
Totale	2.447

Le spese per l'assistenza a loro volta sono state calcolate con lo stesso metodo e cioè sommando:

	Mil. di euro
– le spese per i servizi assistenziali (cfr. tabella 3/Parte terza)	3.110
– le spese per i servizi assistenziali (cfr. tabella 5/Parte terza)	2.494
Totale	5.604

Infine le spese integrative sulla base del costo reale delle badanti (regolari e non regolari) sono state calcolate sottraendo la somma delle spese esposte rispettivamente nella tabella 3 (1.743 milioni di euro) e quelle esposte nella tabella 5 (1.171 milioni di euro) dal totale delle spese stimate nel modo che segue (pari a 10.707 milioni di euro, con una differenza aggiuntiva quindi pari a 7.793 milioni di euro).

La stima è stata ottenuta tenendo presente la seguente logica:

- a) l'indagine *care-giver* 2017 evidenzerebbe come:
- le famiglie retribuiscono delle badanti per un numero di casi complessivi pari a 723.000 unità
 - la relativa incidenza percentuale sul numero di famiglie residenti (pari a 25.797.000) sarebbe del 2,8%
 - il costo complessivo calcolato sulla base di quanto dichiarato nell'indagine da parte dei *care-giver* sarebbe pari a 3.023 mil. di euro
 - il che corrisponderebbe ad una media ponderata, a partire dai dati contenuti nella tabella 3 (e pari a 3.377 euro) e nella tabella 5 (pari a 6.214 euro), ottenendo un valore pari a 4.187 euro per famiglia
- b) una prima verifica sul numero delle badanti potrebbe essere la seguente:
- la stima del numero di anziani del tutto non autosufficienti da 65 anni in poi risulterebbe pari al 2,3% sul totale della popolaz. residente (Cfr. Nadio Delai, Anziani & Continuità assistenziale, FrancoAngeli, 2012)
 - il 2,3% su 60.600.000 di popolazione residente risulterebbe pari a 1.393.800 unità
 - assumendo un'ipotesi grossolana (ma prudentiale) si può ipotizzare che il 50% della cifra precedente utilizzi una o più badanti, con la conseguenza di arrivare a circa 700.000 unità
 - peraltro i soli ultra 80enni residenti nel Paese ammontano nel 2016 a 4.048 milioni: se si assume che circa il 48% non sia autosufficiente (sia pure con intensità diversa) si arriverebbe ad una cifra di potenziali utilizzatori di badante pari a 1.942.000 unità, a cui si potrebbe applicare lo stesso criterio prudentiale richiamato nel punto precedente (50% di non autosufficienti effettivi), giungendo ad una stima del numero di badanti pari a 932.000 unità
- c) la Fondazione CENSIS stimava all'incirca tre anni fa il numero delle badanti in 830.000 unità
- d) un recente documento INPS (*Statistiche in breve*, giugno 2017, dedicato ai lavoratori domestici, con riferimento all'anno 2016) forniva le seguenti informazioni statistiche:
- i lavoratori domestici che comprendono sia colf che badanti e che risultano in diminuzione dal 2013 risultano comunque nell'anno 2016 pari a 866.747 unità
 - di cui le badanti con contratto regolare sono 379.326 unità
 - l'orario medio settimanale della componente badanti (che sono per l'88,1% donne) è così riassumibile:
 - per il 51,9% Più di 30 ore settimanali (superando anche le 50 ore)
 - per il 35,2% Tra 20 e 29 ore settimanali
 - per il 7,7% Tra 10 e 19 ore settimanali
 - per il 5,2% Fino a 9 ore settimanali

e) a questo punto, tenendo conto della retribuzione di un contratto regolare per il massimo numero di ore dichiarato dall'INPS (13.000 euro e oltre), a cui bisogna aggiungere il costo delle badanti sostitutive per i giorni di permesso settimanale e per le vacanze, nonché il vitto e l'alloggio, si verrebbe a definire una retribuzione massima (ma comunque prudenziale) pari a 23.000 euro annui comprensivi di contributi e TFR*, con una scala a scendere secondo l'ipotesi che segue:

– più di 30 ore settimanali (con sostituti, vitto e alloggio), riferite al 51,9% delle badanti, con 6 o più ore al giorno	€ 23.000
– 20-29 ore settimanali (con sostituti, vitto e alloggio), riferite al 35,2% delle badanti, con 4-6 ore al giorno	€ 12.000
– 10-19 ore settimanali (con sostituti, vitto e alloggio), riferite al 7,7% delle badanti, con 2-4 ore al giorno	€ 7.000
– e infine fino a 9 ore settimanali (con sostituti, vitto e alloggio), riferite al 5,2% delle badanti, con 1-4 ore al giorno	€ 5.700

(*) La cifra di 23.000 euro rappresenterebbe il costo annuo per una famiglia (calcolato in via più che prudente) che utilizza una badante regolare a pieno tempo, comprensiva di vitto e alloggio secondo lo schema che segue:

. Retribuzione (1.000 euro + 100 euro di contributi) x 13 mensilità	€ 14.300
. Badanti sostitutive in corso d'anno	€ 4.800
Totale	€ 19.100
. Vitto € 300 x 11 mesi	3.300
. Alloggio	-
<u>Totale</u>	<u>€ 22.400</u>

f) a questo punto si può riprendere l'ipotesi quantitativa (più che prudenziale) di 700.000 badanti complessive che dovrebbe essere articolata nei fatti in

380.000 regolari
320.000 irregolari

Le 700.000 unità suddette possono essere distribuite secondo la composizione % per numero di ore settimanali di servizio di cui al precedente punto d) e per livelli retributivi.

Si tenga presente che i costi per le famiglie molto spesso sono analoghi per le retribuzioni regolari e irregolari, in quanto esiste non di rado una esplicita richiesta per la soluzione “sommersa” da parte delle badanti per aumentare la propria retribuzione su cui tra l'altro non si paga imposta alcuna. Il risultato sarebbe il seguente adottando la stima minimale di 700.000 unità:

▪ 51,9% di 700.000 = 363.300 x 23.000 euro	Mil. di euro 8.356
▪ 35,2% di 700.000 = 246.400 x 12.000 euro	2.957
▪ 7,7% di 700.000 = 53.900 x 7.000 euro	377
▪ 5,2% di 700.000 = 36.400 x 5.700 euro	207
<u>Totale</u>	<u>11.897</u>

Anche applicando un “ribasso” della stima dei costi complessivi pari al 10%, in via di ulteriore prudenza, si arriverebbe comunque a

Mil. di euro
10.707

Al netto del costo delle badanti stimato sulla base delle dichiarazioni dei *care-giver* che è pari a 3.023 milioni di euro (sommando i valori contenuti rispettivamente nelle tabelle 3 e 5 della Parte terza) si otterrebbe una cifra aggiuntiva pari a

Mil. di euro
7.684

Dopo aver lavorato attorno ai dati concernenti la spesa *out-of-pocket* delle famiglie italiane nell'ambito sanitario si è proceduto a stimare le spese per l'assistenza, in modo da completare i dati forniti dall'Istat a tutt'oggi. A tale scopo si sono creati i due quadri che seguono, diretti a stimare il rapporto tra spese assistenziali e spese sanitarie, tenendo conto di quanto è emerso dalle informazioni raccolte attraverso l'indagine sui *care-giver*: la conclusione sarebbe che le spese assistenziali sul totale delle spese sanitarie rappresenterebbe il 50,3% di queste ultime.

Ricomposizione delle spese sanitarie e assistenziali, calcolate sulla base dei risultati derivanti dall'indagine sui care-giver (cfr. tabelle 3 e 5 della Parte terza)

	Sostenute dalle famiglie che hanno avuto accessi ai servizi pubblici		Sostenute dalle famiglie che si sono rivolte al mercato privato a pagamento pieno		Totale generale	
	V.a. (in mil. di euro)	Comp. %	V.a. (in mil. di euro)	Comp. %	V.a. (in mil. di euro)	Comp. %
Spese sanitarie	9.929	76,1	16.496	86,9	26.425	82,5
Spese assistenziali	3.110	23,9	2.494	13,1	5.604	17,5
Totale	13.039	100,0	18.990	100,0	32.029	100,0

Stima del rapporto tra spese assistenziali e spese sanitarie, sulla base di quanto è stato calcolato a partire dai risultati dell'indagine sui care-giver, ma integrato con la stima del costo reale delle badanti

	In milioni di euro
Totale spese sanitarie	26.425
Totale spese per l'assistenza, comprensiva della correzione in più per le badanti, pari a 7.684 milioni di euro	13.288
Totale	39.713
% di spese assistenziali sul totale delle spese sanitarie (13.288 : 26.425 x 100)	50,3%

Applicando la stessa percentuale alle spese per consumi sanitari così come viene fornita dall'Istat per l'anno 2016, tenendo conto di quanto dichiarato dalle famiglie italiane, pari a 35.681 milioni di euro (cfr. tabella 1/Parte terza), si otterrebbe una cifra pari a 17.948 milioni di euro.

Il che vorrebbe dire:

- una spesa pro-capite sanitaria sull'intera popolazione italiana pari a 589 euro;
- una spesa pro-capite sull'intera popolazione italiana per servizi assistenziali pari a 296 euro;
- per un totale di spesa sanitaria e di spesa assistenziale *out-of-pocket* pro-capite per l'intera popolazione pari a 885 euro.

Infine la terza metodologia adottata per la predisposizione del Rapporto si basa sulla selezione del consueto insieme di indicatori strutturali, concernenti i dati più recenti disponibili sul sistema ospedaliero italiano. Essi riguardano il numero e la tipologia delle strutture, i relativi dati di attività, le dimensioni del personale e della spesa. Tali indicatori hanno trovato collocazione nella Parte quarta del Rapporto stesso.

2. *L'indice delle tabelle strutturali*

Si riportano di seguito i riferimenti delle tabelle presenti nella Parte quarta del Rapporto e riferite al numero di istituti pubblici e privati accreditati, alla distribuzione dei posti letto e alla dotazione di apparecchiature. Questi dati sono seguiti da quelli relativi alle attività: giornate di degenza, tasso di utilizzo, tipologie di ricovero e di dimissione, DRG più diffusi, attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche e attività classificate per disciplina, nonché dalla mobilità sanitaria interregionale.

Vengono poi riportate le informazioni sul personale circa l'andamento degli addetti nel tempo e la loro distribuzione sul territorio nazionale.

Ed infine vengono esposti 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 istituti privati (case di cura accreditate)	Tab. S/1	241
– Evoluzione del numero degli istituti pubblici e assimilati e degli istituti privati accreditati (incremento %)	Tab. S/2	241
– Istituti pubblici e assimilati e istituti privati (case di cura accreditate) per regione. Anno 2014 (v.a.)	Tab. S/3	242
– Istituti pubblici e assimilati e istituti privati accreditati per regione. Anno 2014/2013 (composizione %)	Tab. S/4	243
– Posti letto pubblici e privati accreditati utilizzati per l'attività di ricovero, per regione. Anno 2014	Tab. S/5	244
– Ospedali privati (case di cura private accreditate) con il Ssn, per regione – Istituti e posti letto. Anno 2014	Tab. S/6	245
– Distribuzione regionale degli istituti associati Aiop secondo l'indirizzo nosologico prevalente – Anno 2017	Tab. S/7	246
– Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività – Anno 2017	Tab. S/8	247

		pag.
– Distribuzione regionale dei posti letto degli istituti associati Aiop per tipologia di attività e per regione. Anno 2017 (composizione %)	Tab. S/9	248
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche. Anno 2013	Tab. S/10	249
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura accreditate. Anno 2013	Tab. S/11	250
– Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle case di cura non accreditate. Anno 2013	Tab. S/12	251
– Posti letto, giornate di degenza e tasso di utilizzazione – Ricoveri ordinari	Tab. S/13	258
– Incremento annuo dell'attività, posti letto e giornate di degenza	Tab. S/14	258
– Istituti pubblici e privati accreditati – Dati di attività per ricoveri ordinari. Anno 2013	Tab. S/15	258
– Attività di degenza per acuti (*) delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/16	259
– Attività di degenza per non acuti (*) delle strutture di ricovero pubbliche, per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/17	260
– Attività di degenza per acuti (*) degli ospedali privati (case di cura accreditate), per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/18	261
– Attività di degenza per non acuti (*) degli ospedali privati (case di cura accreditate), per regione. Anno 2013 e confronti con il 2011	Tab. S/19	262
– Schede di dimissione ospedaliera (SDO): attività rilevata, totale nazionale e per istituti pubblici e privati – Dimessi e giornate di ricovero. Anno 2015	Tab. S/20	263
– Distribuzione dei dimessi per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2015	Tab. S/21	263
– Distribuzione delle giornate di degenza per tipo di istituto, per tipo di attività e regime di ricovero. Anno 2015	Tab. S/22	263
– Totale istituti di cura pubblici e privati: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti – Regime ordinario. Anno 2015	Tab. S/23	264-265
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario. Anno 2016	Tab. S/24	266-267
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Nord del Paese. Anno 2016	Tab. S/25	268-269
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Centro del Paese. Anno 2016	Tab. S/26	270-271

		pag.
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 60 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri per acuti in Regime ordinario nel Sud del Paese. Anno 2016	Tab. S/27	272-273
– 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 2015	Tab. S/28	274
– 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 2015	Tab. S/29	275
– Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop: primi 30 DRG per numerosità delle dimissioni (Versione DRG 24.0) – Ricoveri di riabilitazione in Regime ordinario. Anno 2016	Tab. S/30	276
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in regime ordinario. Anno 2015	Tab. S/31	277
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri per acuti in day hospital. Anno 2015	Tab. S/32	278
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in regime ordinario. Anno 2015	Tab. S/33	279
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di riabilitazione in day hospital. Anno 2015	Tab. S/34	280
– Totale istituti di cura pubblici e privati: descrizione dell'attività per maggiori categorie diagnostiche (MDC) – Ricoveri di lungodegenza. Anno 2015	Tab. S/35	281
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Dati nazionali)	Tab. S/36	282-283
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Piemonte)	Tab. S/37	284
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Valle d'Aosta)	Tab. S/38	284
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Lombardia)	Tab. S/39	285
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Bolzano)	Tab. S/40	286
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Trento)	Tab. S/41	286
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Veneto)	Tab. S/42	286
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Friuli V.G.)	Tab. S/43	287
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Liguria)	Tab. S/44	287
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Emilia Romagna)	Tab. S/45	288

		pag.
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Toscana)	Tab. S/46	289
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Umbria)	Tab. S/47	289
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Marche)	Tab. S/48	290
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Lazio)	Tab. S/49	291
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Abruzzo)	Tab. S/50	292
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Molise)	Tab. S/51	292
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Campania)	Tab. S/52	293
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Puglia)	Tab. S/53	294
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Basilicata)	Tab. S/54	294
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Calabria)	Tab. S/55	295
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sicilia)	Tab. S/56	296
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sardegna)	Tab. S/57	297
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Nord)	Tab. S/58	298
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Centro)	Tab. S/59	299
– Attività ospedali privati (case di cura accreditate) per disciplina. Anno 2013 (Sud)	Tab. S/60	300
– Le differenze in termini di opportunità di cura sul territorio, misurate dalla mobilità per ricoveri ospedalieri ^(a) . Anni 2011-2015	Tab. S/61	301
– Andamento del personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl ^(a) (v.a.)	Tab. S/62	305
– Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl (var. %)	Tab. S/63	305
– Personale delle Aziende ospedaliere e delle strutture di ricovero delle Asl	Tab. S/64	306
– Personale operante nelle strutture associate all’Aiop. Anni 2011-2016	Tab. S/65	306
– Personale operante nelle strutture associate all’Aiop. Anni 2011-2016 (var. %)	Tab. S/66	306
– Personale in totale degli istituti di cura, per regione. Anno 2013	Tab. S/67	307
– Personale operante nelle strutture associate all’Aiop. Situazione al 31 dicembre 2016	Tab. S/68	308

		pag.
– Spesa sanitaria corrente. Anni 2011-2015 (in miliardi di euro)	Tab. S/69	312
– Spesa sanitaria a prezzi costanti ^(*) . Anni 2011-2015 (in miliardi di euro)	Tab. S/70	312
– Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil	Tab. S/71	313
– Spesa ospedaliera pubblica e accreditata in rapporto alla spesa sanitaria pubblica totale e al Pil	Tab. S/72	314

3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulla popolazione

Vengono riportate di seguito le tabelle contenenti i risultati degli incroci tra alcune variabili socioanagrafiche e di opinione e le diverse domande del questionario dell'indagine destinato alla popolazione che ha coinvolto un campione rappresentativo nazionale di cittadini adulti da 18 anni in poi. 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 presenti nel Rapporto.

Per questa ragione in questo capitolo non trovano posto tutti gli incroci ricavati dall'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, le quali sono state commentate nel corso della Parte seconda.

Le tabelle d'incrocio, relative al campione di 4.020 individui intervistati, si basano sui seguenti gruppi di variabili che hanno consentito di pervenire a tre tipologie di tabelle e precisamente:

- alle tabelle di tipo “A...”, le quali utilizzano le variabili del sesso, dell'età, del numero di componenti della famiglia, della posizione eventuale di capofamiglia dell'intervistato, della ripartizione geografica e dell'ampiezza del Comune di residenza delle persone coinvolte nell'indagine;
- alle tabelle di tipo “B...”, che si riferiscono alle variabili del titolo di studio, del livello socioeconomico stimato dagli stessi intervistati, del ricorso agli ospedali che si è avuto nell'ultimo anno a seconda del tipo di disagio (grave, leggero oppure nessun ricorso), della distinzione della tipologia di ospedali cui ci si è rivolti (pubblici, privati accreditati, cliniche private) e della soddisfazione dell'esperienza avuta negli ultimi dodici mesi;
- alle tabelle di tipo “C...”, le quali hanno preso in considerazione l'effettiva conoscenza delle alternative pubblico/privato accreditato da parte dei cittadini, della possibilità di curarsi in strutture collocate al di fuori della

propria Regione e della possibilità di curarsi anche fuori Italia, a cui si è affiancata il tipo di struttura preferita dai cittadini in caso di malattia ed anche la propensione a cambiare struttura oppure di cercare al di fuori del proprio Comune di residenza l'ospedale ritenuto più opportuno.

Al fine di facilitare la consultazione delle tabelle di incrocio allegate è stato anche predisposto l'indice sintetico seguente:

		pag.
– Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)	Tab. A1	358
	Tab. B1	358
	Tab. C1	359
– La tipologia di prestazioni utilizzate l'ultima volta che l'intervistato si è recato in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)	Tab. A2	360
	Tab. B2	361
– Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)	Tab. B3	362
	Tab. C3	362
– Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata (val. %)	Tab. A4	363
	Tab. B4	364
	Tab. C4	365
– Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)	Tab. A5	366
	Tab. B5	367
	Tab. C5	368
– Propensione a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta (val. %)	Tab. A6	369
	Tab. B6	370
– Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi (val. %)	Tab. A7	371
	Tab. B7	371
	Tab. C7	372
– Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)	Tab. A8	373
	Tab. B8	373
	Tab. C8	374
– Struttura che l'intervistato utilizzerebbe, per serie ragioni di salute, se non fosse disponibile nel suo Comune la scelta di prima istanza (val. %)	Tab. A10	375
	Tab. B10	375
– Conoscenza della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Sistema Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare tali prestazioni agli altri Sistemi Sanitari Nazionali (val. %)	Tab. B11	377
	Tab. C11	377
– Soggetto a cui l'intervistato preferirebbe rivolgersi, avendo un problema serio e/o urgente di salute, sulla base dell'esperienza maturata nel tempo (Val. %)	Tab. A13	378
	Tab. B13	379
	Tab. C13	380
– Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)	Tab. A14	381
	Tab. B14	382
	Tab. C14	383
– Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (Giudizi "Molto + Abbastanza d'accordo") (val. %)	Tab. A15	384-385
	Tab. B15	386-387
	Tab. C15	388

Tab. A1 – Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposte	Sesso		Classi di età				Numero componenti familiari				Capofamiglia			Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	M	F	18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		1-2 comp.	3-4 comp.		5 o più comp.	Sì	No	Nord- Ovest	Centro Est	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	Oltre 20 mila ab.
				anni	anni	anni	anni	anni	anni		anni	anni								
- Sì, per malattia/intervento grave	5,0	3,4	6,5	4,2	3,0	7,4	11,1	2,5	2,8	3,7	6,0	6,9	4,9	3,5	4,5	5,1	5,1	5,1	4,9	
- Sì, per malattia/intervento leggero	31,3	28,9	33,6	32,5	31,6	30,4	36,7	29,7	26,3	32,6	30,4	36,9	35,8	35,3	22,8	34,3	25,9	32,1	32,1	
- No	63,7	67,7	59,9	63,3	65,4	62,2	52,2	67,8	70,9	63,7	63,6	56,2	59,3	61,2	72,7	60,6	69,0	63,0	63,0	
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	1,918	2,102	921	1,483	1,616	1,161	2,421	438	1,723	2,297	1,074	777	728	1,441	1,914	1,174	933	933	

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B1 – Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposte	Titolo di studio		Livello socioeconomico				Tipologia di ospedale utilizzato				Livello di soddisfazione delle prestazioni			
	Totale	Fino a sc. media inf.	Media sup.	Media inf.	Basso + Medio	Alto	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisf.	Abbastanza soddisf.	Poco + Per niente	soddisf.	soddisf.
- Sì, per malattia/intervento grave	5,0	6,1	3,5	5,2	5,2	4,9	4,3	8,6	7,0	10,7	13,5	16,7	13,5	16,7
- Sì, per malattia/intervento leggero	31,3	26,4	38,4	25,2	35,9	51,6	85,2	91,4	93,0	89,3	86,5	83,3	86,5	83,3
- No	63,7	67,5	58,1	69,6	59,2	44,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4020	2360	1660	2021	1792	207	1108	198	124	317	940	171	940	171

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C1 – Ricorso ad ospedali pubblici, ospedali privati (case di cura accreditate) o a cliniche private negli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposte	Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione														Propensione a cambiare struttura				
	Conoscenza alternativa pubblico/privato				Conoscenza possibilità di cure all'estero				Struttura preferita in caso di malattia seria				Cercare i fuori dal Comune di residenza						
	Sì con chiarezza		Vaga idea		Sì		No		Sentito parlare		No			Ospedale pubblico		Ospedale privato		Clinica accreditata	
	Totale	Si con Vaga	No	idea	Sì	No	Si	No	Si	No	Si	No		Ospedale pubblico		Ospedale privato	Clinica accreditata		
- Sì, per malattia/intervento grave	5,0	5,6	5,0	4,0	7,2	4,8	2,7	7,7	5,8	3,4	5,5	4,0	3,7	2,9	6,6				
- Sì, per malattia/intervento leggero	31,3	37,8	29,5	20,6	34,9	29,4	30,5	41,6	28,6	29,4	31,5	30,8	32,3	28,7	33,2				
- No	63,7	56,6	65,5	75,4	57,9	65,8	66,8	50,7	65,6	67,2	63,0	65,2	64,0	68,4	60,2				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0				
v.a.	4.020	1.579	1.798	643	1.238	1.796	986	742	1.375	1.902	2.876	1.023	121	1.650	2.370				

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A2 – La tipologia di prestazioni utilizzate l'ultima volta che l'intervistato si è recato in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Risposte	Sesso		Classi di età				Numero componenti familiari				Capofamiglia		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza															
	Totale		F		M		18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		1-2 comp.		3-4 comp.		5 o più comp.		Sì		No		Nord-Ovest		Nord-Est		Sud e Isole		Fino a 20 mila ab.		Oltre 100 mila ab.	
- Analisi di vario tipo	58,3	56,3	59,8	59,3	54,6	60,9	58,1	58,1	60,3	53,4	62,0	59,1	63,5	66,1	47,6	63,8	55,5	49,1														
- Visite specialistiche	54,2	55,7	53,1	56,1	52,0	55,0	52,2	55,3	56,3	53,8	54,5	51,4	66,4	52,7	48,9	59,1	46,0	52,2														
- Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.)	46,4	50,1	43,8	38,8	50,6	47,2	46,1	46,8	46,0	50,1	43,7	46,5	56,1	44,3	40,1	46,9	45,5	46,4														
- Accesso al Pronto Soccorso	27,6	24,3	30,0	34,7	25,6	25,2	31,4	21,8	46,0	22,0	31,7	33,7	21,6	20,0	30,4	28,3	30,1	23,3														
- Interventi chirurgici di tipo leggero	17,9	19,4	16,9	23,1	19,7	13,7	15,2	21,5	8,0	18,5	17,5	13,9	27,3	9,0	21,6	17,4	16,1	21,1														
- Interventi chirurgici di tipo grave	5,8	4,4	6,8	2,4	5,5	7,9	9,0	4,1	2,0	5,4	6,1	5,1	4,2	4,4	8,9	2,7	13,1	4,7														
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	6,5	6,2	6,8	9,0	6,2	5,5	2,8	7,9	14,4	3,9	8,5	8,1	7,2	1,5	7,6	7,1	7,0	4,9														
- Cure periodiche in day hospital per malattie croniche e/o oncologiche	6,5	4,1	8,2	3,2	3,8	10,6	11,8	3,3	3,1	4,6	7,9	8,4	8,0	2,5	5,8	9,2	4,5	2,7														
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	4,2	5,6	3,2	1,9	3,6	6,0	6,6	2,9	1,8	5,7	3,1	1,8	7,5	4,4	4,4	4,2	2,9	5,6														
- Maternità	2,6	0,8	3,9	5,8	3,5	-	0,3	3,7	5,6	2,0	3,0	3,0	2,3	3,0	2,0	2,5	3,1	2,1														
- Ricorso al 118	7,4	4,6	9,4	6,1	4,8	10,3	7,9	6,5	10,7	6,4	8,1	6,8	8,4	1,4	11,6	4,9	10,1	9,8														
- Altro	1,3	1,2	1,3	2,2	1,9	0,3	0,9	0,7	6,6	0,9	1,6	0,5	2,3	1,4	1,3	1,3	1,8	0,6														
v.a.	1.462	620	842	338	514	611	555	780	127	625	837	470	316	282	394	753	364	345														

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

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. B2 – La tipologia di prestazioni utilizzate l'ultima volta che l'intervistato si è recato in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi dodici mesi (val. %)

Tab. B2 - La tipologia di prestazioni utilizzate è minima (non c'è un intervento su 3) e il ricovero in una struttura ospedaliera nel corso degli ultimi mesi (mar. - set. 2019)

Risposte	Titolo di studio		Livello socioeconomico				Ricorso			Tipologia di ospedale utilizzato			Livello di soddisfazione delle prestazioni		
	Totale	Fino a sc. media inf. Lauree	Media sup +	Media inf.	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto +	Intervento grave	Intervento leggero	Pubblico	Privato	Clinica accreditata privata	Molto soddisf.	Abbastanza soddisf.	Poco + Per niente soddisf.
- Analisi di vario tipo	58,3	58,3	58,3	58,3	52,2	64,4	51,8	51,6	59,4	57,8	59,6	65,3	62,9	58,0	54,8
- Visite specialistiche	54,2	51,6	57,0	57,0	48,1	58,5	59,4	54,3	54,2	52,3	60,2	67,8	56,1	54,8	51,8
- Accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc.)	46,4	49,0	43,6	43,6	48,2	45,9	40,6	50,1	45,9	45,0	57,9	49,7	43,3	48,6	46,7
- Accesso al Pronto Soccorso	27,6	30,4	24,4	24,4	28,2	26,1	33,4	42,3	25,2	32,0	16,6	10,6	18,5	26,5	54,2
- Interventi chirurgici di tipo leggero	17,9	16,4	19,6	19,6	13,9	20,7	21,8	12,9	18,8	17,2	22,1	12,7	22,9	16,1	15,5
- Interventi chirurgici di tipo grave	5,8	7,2	4,2	4,2	7,7	4,6	3,4	38,2	0,6	6,0	5,7	3,3	5,1	5,3	9,2
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo grave	4,2	5,2	3,2	3,2	6,2	2,7	3,6	25,9	0,7	4,9	1,3	3,4	1,9	4,2	9,5
- Cure effettuate durante il ricovero per malattie di tipo leggero	6,5	8,0	4,9	4,9	6,9	5,9	8,2	8,5	6,2	7,8	2,6	2,6	5,1	6,1	12,2
- Cure periodiche in day hospital per malattie croniche e/o oncologiche	6,5	8,7	4,0	4,0	7,1	6,3	4,8	36,8	1,6	8,0	2,2	1,6	3,0	6,8	12,3
- Maternità	2,6	0,4	5,0	5,0	1,3	3,2	4,9	1,6	2,7	2,6	1,8	3,4	3,1	2,2	3,6
- Ricorso al 118	7,4	10,0	4,5	4,5	11,8	4,4	3,0	10,7	6,9	9,0	2,9	0,9	3,0	7,3	17,0
- Altro	1,3	1,1	1,5	1,5	1,8	0,7	1,9	0,4	1,4	1,3	0,5	1,6	0,7	1,1	2,9
v.a.	1.462	766	696	696	614	732	116	202	1.260	1.108	198	124	317	940	171

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. B3 – Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)

Risposte	Titolo di studio			Livello socioeconomico			Ricorso			Livello di soddisfazione delle prestazioni		
	Fino a sc. media inf.		Media sup + Laurea	Basso + Medio basso		Medio alto + Alto	Malattia/ Intervento grave		Malattia/ Intervento leggero	Molto soddisf.		Poco + Per niente soddisf.
	Totale	Laurea		Medio basso	Medio		Medio grave	Medio		Medio	Alto	
– Ospedale pubblico	75,7	83,4	67,4	78,8	74,9	65,4	80,9	74,9	68,9	78,0	90,4	
– Ospedale privato accreditato	13,6	11,0	16,4	12,7	13,6	18,0	8,4	14,4	16,5	14,7	4,0	
– Clinica privata	8,5	3,7	13,8	4,9	10,5	14,8	4,3	9,2	14,6	7,3	5,6	
– Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	1,4	1,1	1,6	2,3	0,8	0,2	5,0	0,8	-	-	-	
– Non ricordo	0,8	0,8	0,8	1,3	0,2	1,6	1,4	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.	1.462	766	696	614	732	116	202	1.260	317	940	171	

Fonte: indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C3 – Struttura presso la quale l'intervistato si è recato l'ultima volta (val. %)

Risposte	Conoscenza alternativa pubblico/privato				Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione			Conoscenza possibilità di cure all'estero			Struttura preferita in caso di malattia seria			Propensione a cambiare struttura	
	Si con Vaga idea		No	Si	Mi sembra di sì	No	Sì	Sentito parlare	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Ospedale clinica privata	Cambierei	Cercherei fuori dal Comune di residenza	
	Totale	chiarezza													
- Ospedale pubblico	75,7	67,9	80,5	91,7	73,0	76,3	79,1	72,3	76,5	77,4	85,5	48,5	62,5	71,7	78,0
- Ospedale privato accreditato	13,6	20,1	9,6	0,3	17,8	14,6	4,9	17,9	14,4	10,4	8,9	28,6	5,1	18,5	10,8
- Clinica privata	8,5	11,4	6,5	3,4	8,4	6,6	12,2	9,5	6,3	9,5	4,9	16,5	30,2	8,0	8,8
- Non saprei distinguere con precisione la categoria di ospedale che ho utilizzato	1,4	0,5	2,5	1,1	0,5	1,8	2,0	0,1	2,8	1,0	0,4	4,1	2,2	0,7	1,8
- Non ricordo	0,8	0,1	0,9	3,5	0,3	0,7	1,8	0,2	0,0	1,7	0,3	2,3	-	1,1	0,6
- Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.462	685	619	158	521	614	327	366	472	624	1.063	356	44	521	941

Fonte: indagine Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A4 – Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata (val. %)

Tab. 14 - Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura di appartenenza (val. %)

Risposte	Sesso		Classi di età					Numero componenti familiari					Capofamiglia		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza					
	Totale	M	F	18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		1-2 comp.		3-4 comp.		5 o più comp.		Sì	No	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro-Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	
Ospedale pubblico																								
- Molto soddisfatto	19,7	26,3	15,5	15,1	22,1	20,1	16,3	19,5	33,2	21,9	18,2	22,0	27,4	20,2	10,3	21,1	17,6	18,4						
- Abbastanza soddisfatto	66,2	62,9	68,2	59,3	64,5	70,3	71,1	67,2	42,7	67,3	65,4	71,1	55,0	71,6	65,2	68,2	62,5	65,3						
- Poco soddisfatto	9,0	8,3	9,5	17,8	9,0	5,2	7,5	8,8	15,7	8,7	9,2	5,6	9,0	5,6	15,9	7,0	9,8	13,3						
- Per niente soddisfatto	4,9	2,3	6,6	7,7	3,9	4,4	4,9	4,4	7,7	1,7	7,1	1,3	8,1	2,5	8,5	3,6	9,7	2,9						
- Non saprei esprimere un giudizio	0,2	0,2	0,2	0,1	0,5	-	0,2	0,1	0,7	0,4	0,1	-	0,5	0,1	0,1	0,1	0,4	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						
v.a.	1.108	432	676	227	362	519	409	586	113	451	657	339	239	240	290	604	262	243						
Ospedale privato accreditato																								
- Molto soddisfatto	26,4	26,5	26,3	26,9	31,6	19,4	23,0	29,9	26,8	28,7	23,0	32,1	21,1	30,6	21,7	16,6	36,7	33,1						
- Abbastanza soddisfatto	69,8	69,5	70,3	69,6	65,5	75,6	72,1	67,1	73,2	66,9	74,3	65,0	70,7	67,1	76,9	82,3	58,9	59,1						
- Poco soddisfatto	3,5	3,5	3,4	3,5	2,3	5,0	4,3	3,0	3,0	3,9	2,7	2,9	7,1	2,3	1,4	1,1	4,4	6,7						
- Per niente soddisfatto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
- Non saprei esprimere un giudizio	0,3	0,5	-	-	0,6	-	0,6	-	-	0,5	-	-	1,1	-	-	-	-	1,1						
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0						
v.a.	198	113	85	38	91	70	96	93	9	118	80	78	47	17	56	92	55	51						
Clinica privata																								
- Molto soddisfatto	37,3	21,8	50,4	32,8	39,9	43,6	37,0	37,0	45,3	37,4	37,2	29,8	54,4	42,3	29,2	33,1	34,0	47,4						
- Abbastanza soddisfatto	54,8	67,7	43,9	54,3	55,2	55,4	53,9	55,4	54,7	58,5	52,3	65,8	37,7	55,5	53,4	61,3	55,4	44,2						
- Poco soddisfatto	3,0	2,4	3,6	2,5	4,9	-	3,1	3,2	-	3,7	2,6	4,4	1,9	2,2	2,6	5,0	3,0	-						
- Per niente soddisfatto	4,7	8,1	1,8	10,4	-	-	5,6	4,4	-	-	7,9	-	5,3	-	14,8	0,6	7,6	7,8						
- Non saprei esprimere un giudizio	0,2	-	0,3	-	-	1,0	0,4	-	-	0,4	-	-	0,7	-	-	-	-	0,6						
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						
v.a.	124	57	67	56	49	19	45	75	5	51	73	45	27	23	30	53	37	34						

Fonte: Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B4 – Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata (val. %)

Risposte	Totale		Titolo di studio		Livello socioeconomico				Ricorso		Tipologia di ospedale utilizzato	
	Fino a sc. media inf.	sup + Laurea	Media	Basso + Medio	Medio	Medio + alto +	Alto	Intervento grave	Malattia/ Intervento	Malattia/ Intervento leggero	Pubblico	Privato
Ospedale pubblico												
– Molto soddisfatto	19,7	20,0	19,3	14,9	24,0	19,0	14,5	14,5	20,6	19,7	-	-
– Abbastanza soddisfatto	66,2	70,4	60,5	68,1	64,0	69,5	69,6	69,6	65,6	66,2	-	-
– Poco soddisfatto	9,0	4,5	15,2	8,5	9,4	9,9	9,1	9,1	9,0	9,0	-	-
– Per niente soddisfatto	4,9	5,1	4,6	8,3	2,4	1,6	6,8	6,8	4,6	4,9	-	-
– Non saprei esprimere un giudizio	0,2	-	0,4	0,2	0,2	-	-	-	0,2	0,2	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-
v.a.	1,108	639	469	484	548	76	164	164	944	1,108	-	-
Ospedale privato accreditato												
– Molto soddisfatto	26,4	20,6	30,7	20,5	26,9	46,0	36,0	36,0	25,5	26,4	-	-
– Abbastanza soddisfatto	69,8	76,9	64,6	74,6	69,7	53,2	58,0	58,0	71,0	69,8	-	-
– Poco soddisfatto	3,5	2,5	4,2	4,2	3,4	0,8	6,0	6,0	3,2	3,5	-	-
– Per niente soddisfatto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
– Non saprei esprimere un giudizio	0,3	-	0,5	0,7	-	-	-	-	0,3	0,3	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-
v.a.	198	84	114	78	99	21	17	17	181	198	-	-
Clinica privata												
– Molto soddisfatto	37,3	43,8	35,4	38,2	35,8	42,4	44,2	44,2	36,8	37,3	-	-
– Abbastanza soddisfatto	54,8	56,2	54,4	44,8	59,9	49,6	40,1	40,1	55,9	54,8	-	-
– Poco soddisfatto	3,0	-	3,9	1,7	2,4	8,0	15,7	15,7	2,1	3,0	-	-
– Per niente soddisfatto	4,7	-	6,1	14,6	1,9	-	-	-	5,0	4,7	-	-
– Non saprei esprimere un giudizio	0,2	-	0,2	0,7	-	-	-	-	0,2	0,2	-	-
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-
v.a.	124	28	96	30	77	17	9	9	116	124	-	-

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C4 – Soddisfazione per le prestazioni ricevute nella struttura utilizzata (val. %)

Risposte	Conoscenza alternativa pubblico/privato				Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione				Conoscenza possibilità di cure all'estero				Struttura preferita in caso di malattia seria				Propensione a cambiare struttura							
	Si con Vaga chiarezza		No		Si		Mi sembra di sì		No		Si		Sentito parlare		No		Ospedale pubblico		Ospedale privato		Clinica privata accreditato		Cambierei dal Comune di residenza	
	Totale																							
Ospedale pubblico																								
- Molto soddisfatto	19,7	28,7	15,6	4,9	27,0	22,5	3,9	31,4	13,5	17,9	22,0	10,2	2,3	16,1	21,6									
- Abbastanza soddisfatto	66,2	59,7	71,7	67,9	59,2	68,5	72,3	58,2	73,2	65,4	68,8	54,5	53,5	67,5	65,4									
- Poco soddisfatto	9,0	7,5	9,4	12,5	7,9	6,6	15,0	7,5	8,1	10,5	5,3	24,8	32,2	10,9	8,1									
- Per niente soddisfatto	4,9	3,9	3,2	14,0	5,7	2,3	8,4	2,6	5,1	6,0	3,8	9,9	10,8	5,4	4,7									
- Non saprei esprimere un giudizio	0,2	0,2	0,1	0,7	0,2	0,1	0,4	0,3	0,1	0,2	0,1	0,6	1,2	0,1	0,2									
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0									
v.a.	1.108	465	498	145	381	469	259	264	361	483	908	173	27	374	734									
Ospedale privato accreditato																								
- Molto soddisfatto	26,4	32,6	12,3	-	38,3	13,9	27,2	49,4	9,7	20,6	31,8	21,4	27,1	34,2	19,0									
- Abbastanza soddisfatto	69,8	63,6	84,2	100,0	57,4	83,7	64,6	47,7	84,9	76,6	63,2	76,3	56,1	63,4	76,0									
- Poco soddisfatto	3,5	3,4	3,5	-	4,3	1,8	8,2	2,9	4,6	2,8	4,4	2,3	16,8	2,4	4,5									
- Per niente soddisfatto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
- Non saprei esprimere un giudizio	0,3	0,4	-	-	-	0,6	-	-	0,8	-	0,6	-	-	-	0,5									
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0									
v.a.	198	138	60	0	93	90	16	66	68	65	94	102	2	96	102									
Clinica privata																								
- Molto soddisfatto	37,3	35,8	41,4	27,4	42,6	38,9	29,8	48,3	32,8	33,1	42,1	29,4	53,3	46,5	32,6									
- Abbastanza soddisfatto	54,8	56,6	51,2	57,1	51,6	45,0	68,4	48,3	54,5	58,8	52,1	59,0	46,7	43,8	60,4									
- Poco soddisfatto	3,0	3,4	2,7	-	1,8	6,1	1,3	-	7,2	2,7	2,0	4,7	-	5,2	2,0									
- Per niente soddisfatto	4,7	4,2	4,2	15,5	4,0	10,0	-	3,4	4,8	5,4	3,4	6,9	-	4,5	4,8									
- Non saprei esprimere un giudizio	0,2	-	0,5	-	-	-	0,5	-	0,7	-	0,4	-	-	-	0,2									
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0									
v.a.	124	78	40	5	44	40	40	35	30	60	52	59	13	42	83									

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A5 – Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)

Tab. 12 - Comportamenti al scelta al momento dell'ingresso ospedaliero (var. 29)																			
Risposte	Sesso		Classi di età				Numero componenti familiari				Capofamiglia		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	M	F	18-34 anni	35-54 anni	55+ anni	1-2 comp.	3-4 comp.	5 o più comp.	Sì	No	Ovest	Nord- Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	
Ospedale pubblico																			
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	29,8	29,6	29,9	47,7	35,1	18,3	30,1	30,7	23,9	30,2	29,5	23,3	38,1	19,7	38,9	27,0	37,6	28,4	
- Ho deciso subito di ricambi presso quella specifica struttura	70,2	70,4	70,1	52,3	64,9	81,7	69,9	69,3	76,1	69,8	70,5	76,7	61,9	80,3	61,1	73,0	62,4	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	
v.a.	1.108	432	676	227	362	519	409	586	113	451	657	339	239	240	290	604	262	243	
Ospedale privato accreditato																			
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	40,6	37,1	45,3	40,4	55,8	21,0	22,9	56,7	61,9	37,3	45,5	28,5	34,0	48,4	60,8	38,4	43,4	41,6	
- Ho deciso subito di ricambi presso quella specifica struttura	59,4	62,9	54,7	59,6	44,2	79,0	77,1	43,3	38,1	62,7	54,5	71,5	66,0	51,6	39,2	61,6	56,6	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	
v.a.	198	113	85	38	91	70	96	93	9	118	80	78	47	17	56	92	55	51	
Clinica privata																			
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	53,7	58,5	49,6	44,8	64,1	52,7	60,5	47,4	88,0	71,4	41,4	47,3	55,1	47,3	67,1	45,0	65,8	54,4	
- Ho deciso subito di ricambi presso quella specifica struttura	46,3	41,5	50,4	55,2	35,9	47,3	39,5	52,6	12,0	28,6	58,6	52,7	44,9	52,7	32,9	55,0	34,2	45,6	
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	
v.a.	124	57	67	56	49	19	45	75	5	51	73	45	27	23	30	53	37	34	
Fonte: indagine Ermenieia - Studi & Strategie di Sistema, 2017																			

Fonte: *Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sisrema, 2017*

Tab. B5 – Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)

Tab. 12 Comportamenti al scelta al momento dell'ingresso ospedaliero (val. 20)

Risposte	Totale	Titolo di studio		Livello socioeconomico				Ricorso		Livello di soddisfazione delle prestazioni					
		Fino a sc. media inf.	Media sup + Laurea	Basso + Medio basso	Medio	Medio alto + Alto	Malattia/ Intervento grave	Malattia/ Intervento leggero	Molto soddisf.	Adeguata	Poco o Per niente soddisf.				
Ospedale pubblico															
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	29,8	22,3	40,1	24,2	33,6	38,5			21,7	31,2	21,5	27,2		53,1	
- Ho deciso subito di ricarmi presso quella specifica struttura	70,2	77,7	59,9	75,8	66,4	61,5			78,3	68,8	78,5	72,8		46,9	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	
v.a.	1.108	639	469	484	548	76			164	944	218	733		134	
Ospedale privato accreditato															
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	40,6	17,3	57,8	42,7	39,2	39,5			58,7	38,9	34,9	43,1		37,5	
- Ho deciso subito di ricarmi presso quella specifica struttura	59,4	82,7	42,2	57,3	60,8	60,5			41,3	61,1	65,1	56,9		62,5	
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.	198	84	114	78	99	21			17	181	52	138		7	
Clinica privata															
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	53,7	23,7	62,6	61,3	44,4	82,3			74,7	52,1	47,6	51,9		94,6	
- Ho deciso subito di ricarmi presso quella specifica struttura	46,3	76,3	37,4	38,7	55,6	17,7			25,3	47,9	52,4	48,1		5,4	
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.	124	28	96	30	77	17			9	116	46	68		10	

Fonte: indagini Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C5 – Comportamenti di scelta al momento del ricovero ospedaliero (val. %)

Tab. C2 - Comportamenti di scelta di mantenimento del ricovero ospedaliero (Var. 29)															
Risposte	Conoscenza alternativa pubblica/privato				Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione				Conoscenza possibilità di cure all'estero		Struttura preferita in caso di malattia seria			Propensione a cambiare struttura	
	Si con chiarezza	Vaga idea	No	Si	Si sembra di sì	Mi sembra di sì	No	Si	Si sentito parlare	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Cambierei	Cercherei fuori dal Comune di residenza
Ospedale pubblico															
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	29,8	36,6	20,4	40,1	35,7	24,7	30,4	28,4	30,3	30,1	25,9	47,1	51,0	40,5	24,3
- Ho deciso subito di ricarmi presso quella specifica struttura	70,2	63,4	79,6	59,9	64,3	75,3	69,6	71,6	69,7	69,9	74,1	52,9	49,0	59,5	75,7
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
v.a.	1.108	465	498	145	381	469	259	264	361	483	908	173	27	374	734
Ospedale privato accreditato															
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	40,6	37,4	47,6	100,0	45,9	32,7	54,3	46,3	46,1	29,0	37,5	42,9	64,3	42,1	39,2
- Ho deciso subito di ricarmi presso quella specifica struttura	59,4	62,6	52,4	-	54,1	67,3	45,7	53,7	53,9	71,0	62,5	57,1	35,7	57,9	60,8
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.	198	138	60	0	93	90	16	66	68	65	94	102	2	96	102
Clinica privata															
- Ho preso in considerazione le varie possibilità	53,7	54,2	50,6	68,7	63,8	67,3	28,8	70,4	55,0	43,3	52,0	59,5	34,3	67,8	46,6
- Ho deciso subito di ricarmi presso quella specifica struttura	46,3	45,8	49,4	31,3	36,2	32,7	71,2	29,6	45,0	56,7	48,0	40,5	65,7	32,2	53,4
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.	124	78	40	5	44	40	40	35	30	60	52	59	13	42	83
Fonte: indagine Ermeneia - Studi & Strategie di Sistema, 2017															

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A6 – Propensione a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta (val. %)

Risposte	Sesso		Classi di età				Numero componenti familiari				Capofamiglia		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	M	F	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	familiari			Sì	No	Nord-		Centro		Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
							1-2 comp.	3-4 comp.	5 o più comp.			Ovest	Est						
<i>Ospedale pubblico</i>																			
- Sì	80,4	83,0	78,7	62,6	78,9	89,4	81,9	79,6	79,5	85,2	77,2	81,1	76,0	88,8	76,4	81,8	71,7	86,6	
- No	4,4	3,2	5,2	9,2	4,5	2,2	3,3	5,0	5,2	4,1	4,6	3,1	3,1	2,7	8,4	3,8	5,1	5,1	
- Non saprei dare una risposta	15,2	13,8	16,1	28,2	16,6	8,4	14,8	15,4	15,3	10,7	18,2	15,8	20,9	8,5	15,2	14,4	23,2	8,3	
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.	1.108	432	676	227	362	519	409	586	113	451	657	339	239	240	290	604	262	243	
<i>Ospedale privato accreditato</i>																			
- Sì	84,9	82,9	87,4	80,5	82,1	90,8	89,9	79,6	85,5	84,3	85,6	86,0	91,1	82,9	78,4	91,0	79,5	79,5	
- No	1,9	1,4	2,7	2,2	2,4	1,2	1,4	1,8	8,7	1,3	2,9	1,9	0,4	7,6	1,5	0,6	2,5	3,7	
- Non saprei dare una risposta	13,2	15,7	9,9	17,3	15,5	8,0	8,7	18,6	5,8	14,4	11,5	12,1	8,5	9,5	20,1	8,4	18,0	16,8	
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	
v.a.	198	113	85	38	91	70	96	93	9	118	80	78	47	17	56	92	55	51	
<i>Clinica privata</i>																			
- Sì	69,8	79,2	61,7	65,9	74,1	69,9	67,4	69,9	93,4	80,2	62,6	79,7	77,2	61,9	54,4	79,8	61,7	63,0	
- No	9,2	8,3	10,0	12,5	6,5	6,8	11,9	7,7	6,6	4,9	12,2	9,4	7,2	2,3	16,1	8,4	15,3	4,0	
- Non saprei dare una risposta	21,0	12,5	28,3	21,6	19,4	23,3	20,7	22,4	-	14,9	25,2	10,9	15,6	35,8	29,5	11,8	23,0	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	
v.a.	124	57	67	56	49	19	45	75	5	51	73	45	27	23	30	53	37	34	

Fonte: Indagine Ermenegila – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B6 – Propensione a riutilizzare la stessa struttura ospedaliera a cui ci si è rivolti l'ultima volta (val. %)

Risposte	Titolo di studio						Livello socioeconomico				Ricorso		Livello di soddisfazione delle prestazioni			
	Totale	Fino a sc. media inf.		Media sup + Laurea		Basso + Medio basso		Medio alto + Alto		Malattia/ Intervento grave	Malattia/ Intervento leggero	Molto soddisf.	Abbastanza soddisf.	Poco + Per niente soddisf.		
<i>Ospedale pubblico</i>																
- Sì	80,4	85,2	73,9	81,7	79,0	83,1	88,0	79,1	92,2	87,1	92,2	87,1	33,3			
- No	4,4	2,5	7,0	3,9	4,9	3,4	0,9	5,0	1,6	1,0	1,6	1,0	24,4			
- Non saprei dare una risposta	15,2	12,3	19,1	14,4	16,1	13,5	11,1	15,9	6,2	11,9	6,2	11,9	42,3			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
v.a.	1.108	639	469	484	548	76	164	944	218	733	218	733	154			
<i>Ospedale privato accreditato</i>																
- Sì	84,9	92,7	79,0	82,0	85,5	92,5	93,1	84,1	95,1	82,9	95,1	82,9	53,2			
- No	1,9	-	3,4	0,4	2,7	3,9	-	2,1	0,5	1,6	0,5	1,6	18,5			
- Non saprei dare una risposta	13,2	7,3	17,6	17,6	11,8	3,6	6,9	13,8	4,4	15,5	4,4	15,5	28,3			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
v.a.	198	84	114	78	99	21	17	181	52	138	52	138	7			
<i>Clinica privata</i>																
- Sì	69,8	94,0	62,5	52,1	74,9	77,8	36,6	72,3	74,8	76,4	74,8	76,4	-			
- No	9,2	-	12,0	9,4	8,6	11,5	20,4	8,4	1,6	5,1	1,6	5,1	75,3			
- Non saprei dare una risposta	21,0	6,0	25,5	38,5	16,5	10,7	43,0	19,3	23,6	18,5	23,6	18,5	24,7			
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			
v.a.	124	28	96	30	77	17	9	116	46	68	46	68	10			

Fonte: Indagine Ermenegita – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A7 – Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi (val. %)

Risposte	Sesso		Classi di età				Numero componenti familiari				Capofamiglia				Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	M	F	18-34 anni		35-54 anni	55 anni e oltre		1-2 comp.	3-4 comp.	5 o più comp.	Sì	No	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
- Sì, con chiarezza	39,3	38,8	39,7	32,5	42,2	40,5	46,4	35,3	42,5	44,1	35,6	47,9	40,7	31,7	35,9	39,4	41,1	36,6			
- Sì, ne ho un'idea vaga	44,7	44,9	44,6	43,3	44,6	45,6	38,5	48,9	38,0	44,5	45,0	40,9	39,7	59,3	42,9	44,6	43,0	47,3			
- No	16,0	16,3	15,7	24,2	13,2	13,9	15,1	15,8	19,5	11,4	19,4	11,2	19,6	9,0	21,2	16,0	15,9	16,1			
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	1,918	2,102	921	1,483	1,616	1,161	2,421	438	1,723	2,297	1,074	777	728	1,441	1,914	1,174	933			

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B7 – Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi (val. %)

Risposte	Titolo di studio		Livello socioeconomico				Ricorso				Tipologia di ospedale utilizzato				Livello di soddisfazione delle prestazioni			
	Totale	Fino a sc. media inf.	Media sup.	Laurea	Basso + Medio	Medio alto +	Medio	Alto	Intervento	Malattia/Intervento	Malattia/Intervento	No	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisf.	Abbastanza soddisf.	Poco + Per niente
- Sì, con chiarezza	39,3	34,7	45,9	32,6	44,7	57,4	43,4	47,4	35,0	42,0	69,7	63,0	65,1	43,6	37,4			
- Sì, ne ho un'idea vaga	44,7	47,5	40,7	45,3	45,0	37,3	44,0	42,1	46,0	44,9	30,1	32,6	32,2	45,6	39,7			
- No	16,0	17,8	13,4	22,1	10,3	5,3	12,6	10,5	19,0	13,1	0,2	4,4	2,7	10,8	22,9			
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	2,360	1,660	2,021	1,792	207	202	1,260	2,558	1,108	198	124	317	940	171			

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C7 – Conoscenza odierna della disposizione che permette di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati (case di cura accreditate) senza oneri aggiuntivi (val. %)

Risposte	Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione				Conoscenza possibilità di cure all'estero		Struttura preferita in caso di malattia seria				Propensione a cambiare struttura	
	Totale	Sì		Mi sembra di sì	No	Sì	Sentito parlare	No	Ospedale		Clinica privata	Cambierei dal Comune di residenza
									pubblico	privato accreditato		
- Sì, con chiarezza	39,3	84,7	24,1	9,9	81,1	40,3	22,2	38,8	42,4	23,3	40,2	38,7
- Sì, ne ho un'idea vaga	44,7	13,6	71,1	35,8	17,6	55,3	47,7	46,7	39,8	39,7	45,7	44,0
- No	16,0	1,7	4,8	54,3	1,3	4,4	30,1	14,5	17,8	37,0	14,1	17,3
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
v.a.	4.020	1.238	1.796	986	742	1.375	1.902	2.876	1.023	121	1.650	2.370

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A8 – Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)

Tab. 10 - Conoscenza della possibilità di partecipare per cura in ospedali o al fuori della propria regione (val. %)																					
Risposte	Sesso			Classi di età					Numero componenti familiari				Capofamiglia		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	M	F	18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre	1-2 comp.	3-4 comp.	5 o più comp.	Sì	No	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	30,8	32,0	29,7	25,4	33,2	31,7	34,1	27,9	37,9	34,4	28,1	32,3	30,9	26,2	32,0	30,7	32,3	29,0			
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	44,7	45,7	43,7	38,7	43,7	48,9	41,8	46,8	40,6	46,1	43,6	44,3	36,4	58,0	42,6	43,3	46,2	45,6			
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	24,5	22,3	26,6	35,9	23,1	19,4	24,1	25,3	21,5	19,5	28,3	23,4	32,7	15,8	25,4	26,0	21,5	25,4			
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	100,0	
v.a.	4.020	1.918	2.102	921	1.483	1.616	1.161	2.421	438	1.723	2.297	1.074	777	728	1.441	1.914	1.174	933			

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B8 – Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)

Risposte	Titolo di studio			Livello socioeconomico			Ricorso			Tipologia di ospedale utilizzato			Livello di soddisfazione delle prestazioni		
	Totale	Fino a sc. media inf.	Media sup + Laurea	Basso	Medio	Medio alto	Medio	Malattia/ Intervento grave	Malattia/ Intervento leggero	No Pubblico	Privato	Clinica privata	Molto soddisf.	Abb. Per niente soddisf.	
				basso											
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	30,8	25,7	38,1	26,0	33,7	52,8	44,3	34,3	28,0	34,3	46,7	35,2	49,6	32,0	34,2
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	44,7	48,8	38,7	43,7	47,1	32,9	42,7	41,9	46,2	42,4	45,2	32,6	42,1	44,1	29,3
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	24,5	25,5	23,2	30,3	19,2	14,3	13,0	23,8	25,8	23,3	8,1	32,2	8,3	23,9	36,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	2.360	1.660	2.021	1.792	207	202	1.260	2.558	1.108	198	12	317	940	171

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C8 – Conoscenza della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione (val. %)

Risposte	Totale	Conoscenza possibilità di cure all'estero				Struttura preferita in caso di malattia seria		Propensione a cambiare struttura	
		Conoscenza alternativa pubblico/privato		possibilità di cure all'estero		Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Cambierei
		Si con chiarezza	Vaga idea	Sì	Sentito parlare				
		No		No					Cercherei fuori dal Comune di residenza
- Sì, sono perfettamente a conoscenza di questa opportunità	30,8	66,4	9,4	3,3	79,9	28,3	13,4	31,9	29,4
- Sì, mi pare di ricordare che c'è questa possibilità	44,7	27,4	71,0	13,4	17,8	66,4	39,5	46,5	41,2
- No, non ne ero a conoscenza sino ad oggi	24,5	6,2	19,6	83,3	2,3	5,3	47,1	21,6	29,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.579	1.798	643	742	1.375	1.902	2.876	1.023
									121
									30,3
									47,0
									22,7
									100,0
									1.650
									2.370

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A10 – Struttura che l'intervistato utilizzerebbe, per serie ragioni di salute, se non fosse disponibile nel suo Comune la scelta di prima istanza (val. %)

Risposte	Sesso		Classi di età					Numero componenti familiari					Capofamiglia				Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza			
	M		F		18-34 anni		35-54 anni		55 anni e oltre		1-2 comp.		3-4 comp.		5 o più comp.		Sì	No	Nord-Ovest	Nord-Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
	Totale																							
- Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	41,0	41,1	41,0	41,0	36,9	43,2	41,4	35,5	42,2	49,4	42,8	39,7	41,1	36,7	46,3	40,7	33,7	38,7	59,2					
- Cercherei fuori dal mio Comune questa struttura ospedaliera	59,0	58,9	59,0	63,1	56,8	58,6	64,5	57,8	50,6	57,2	60,3	58,9	63,3	53,7	59,3	66,3	61,3	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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4.020	1.918	2.102	921	1.483	1.616	1.161	2.421	438	1.723	2.297	1.074	777	728	1.441	1.914	1.174	933						

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Fonte: indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B10 – Struttura che l'intervistato utilizzerebbe, per serie ragioni di salute, se non fosse disponibile nel suo Comune la scelta di prima istanza (val. %)

Risposte	Titolo di studio				Livello socioeconomico				Ricorso				Tipologia di ospedale utilizzato				Livello di soddisfazione delle prestazioni			
	Fino a sc. media inf.		Media sup + Laurea		Basso + Medio basso		Medio alto + Intervento grave		Malattia/ Intervento leggero		Malattia/ Mal									

Fonte: indagine Ermenèia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C10 – Struttura che l'intervistato utilizzerebbe, per serie ragioni di salute, se non fosse disponibile nel suo Comune la scelta di prima istanza (val. %)

Risposte	Conoscenza alternativa pubblico/privato				Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione				Conoscenza possibilità di cure all'estero				Struttura preferita in caso di malattia seria			
	Sì con chiarezza		Vaga idea		Sì		Mi sembra di sì		Sì		Sentito parlare		Ospedale pubblico		Ospedale privato accreditato	
	Totale															
– Cambierei il tipo di struttura ospedaliera	41,0	42,0	42,0	36,2	40,3	43,3	37,9	48,2	40,7	38,5			43,4	36,8	21,5	
– Cercherei fuori dal mio Comune questa struttura ospedaliera	59,0	58,0	58,0	63,8	59,7	56,7	62,1	51,8	59,3	61,5			56,6	63,2	78,5	
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	1.579	1.798	643	1.238	1.796	986	742	1.375	1.902			2.876	1.023	121	

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B11 – Conoscenza della possibilità di recarsi per prestazioni sanitarie e ospedaliere presso le strutture dei diversi Paesi dell'Unione Europea, sempre con la copertura del Sistema Sanitario Nazionale italiano che dovrà rimborsare tali prestazioni agli altri Servizi Sanitari Nazionali (val. %)

Risposte	Titolo di studio			Livello socioeconomico			Ricorso		Tipologia di ospedale utilizzato			Livello di soddisfazione delle prestazioni		
	Totale	Fino a sc. media inf.	Media sup + Laurea	Basso + Medio	Medio	Medio alto + Alto	Malattia/ Intervento grave	Malattia/ Intervento leggero	No	Pubblico	Privato	Clinica acc. privata	Molto soddisf.	Poco + Per niente soddisf.
- Sì, sono al corrente	18,5	14,9	23,5	14,6	19,9	43,6	28,2	24,5	14,7	23,9	33,1	28,0	41,7	21,5
- Sì, ne ho sentito parlare	34,2	34,3	34,1	31,9	37,6	27,0	39,4	31,2	35,3	32,6	34,2	24,1	20,6	36,0
- No, non sono al corrente di tale opportunità	47,3	50,8	42,4	53,5	42,5	29,4	32,4	44,3	50,0	43,5	32,7	47,9	37,7	42,5
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
v.a.	4.020	2.360	1.660	2.021	1.792	207	202	1.260	2.558	1.108	198	124	317	940

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C11 – 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. %)

Risposte	Totale	Conoscenza alternativa pubblico/privato			Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione			Struttura preferita in caso di malattia seria			Propensione a cambiare struttura		
		Sì con chiarezza	Vaga idea	No	Sì	Mi sembra di sì	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Cambierei	Cambierei fuori dal Comune di residenza	Cercherei fuori dal Comune di residenza
- Sì, sono al corrente	18,5	38,2	7,2	1,5	48,0	7,3	1,7	18,9	17,9	13,1	21,7	16,2	16,2
- Sì, ne ho sentito parlare	34,2	35,1	42,3	9,3	31,4	50,9	7,4	34,9	33,0	27,8	33,9	34,4	34,4
- No, non sono al corrente di tale opportunità	47,3	26,7	50,5	89,2	20,6	41,8	90,9	46,2	49,1	59,1	44,4	49,4	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
v.a.	4.020	1.579	1.798	643	1.238	1.796	986	2.876	1.023	121	1.650	2.370	2.370

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A13 – Soggetto a cui l'intervistato preferirebbe rivolgersi, avendo un problema serio e/o urgente di salute, sulla base dell'esperienza maturata nel tempo (l'al. %)

Risposte	Sesso		Classi di età				Numero componenti familiari				Capofamiglia		Ripartizione geografica					Ampiezza Comune di residenza	
	Totale																		
	M	F	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	1-2 componenti	3-4 componenti	5 o più componenti	SI	NO			Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti
- Quando ho o penso di avere un problema serio e/o urgente di salute preferisco rivolgermi innanzitutto al mio medico di base	78,2	80,6	76,1	70,6	78,9	82,0	78,7	76,8	85,1	81,6	75,7	79,6	83,8	82,4	72,1	77,6	76,7	81,4	
- In alternativa preferisco recarmi dal medico specialista ospedaliero di cui mi fido o di cui ho sentito parlar bene per effettuare una visita intra-moenia all'interno dell'ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento) così è più facile	59,2	59,8	58,6	51,8	59,9	62,7	60,1	59,4	55,3	62,7	56,5	59,7	57,5	60,5	59,0	60,9	56,7	58,8	
- 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	43,9	43,8	44,0	46,7	45,0	41,4	39,9	44,6	50,9	41,4	45,8	42,7	45,2	43,5	44,4	45,5	43,5	41,3	
- 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	26,8	26,4	27,1	25,3	25,9	28,4	28,4	26,0	27,0	26,4	27,1	24,1	25,5	24,8	30,5	28,1	25,7	25,5	
- Preferisco in ogni caso rivolgermi da subito al P.S. ospedaliero piuttosto che ai servizi della ASL per non perdere tempo	19,7	17,6	21,6	23,0	17,7	19,7	21,1	20,4	12,2	17,2	21,6	23,4	10,5	16,9	23,3	20,9	19,0	18,1	
- Insomma tendo a usare più l'ospedale che non i servizi ASL presenti sul territorio	20,0	23,7	16,5	17,9	20,7	20,4	20,3	21,8	8,6	24,4	16,6	22,6	21,4	19,9	17,2	15,6	24,2	23,4	
- Non saprei comunque cosa scegliere, poiché di solito mi faccio consigliare in caso di necessità	26,6	22,8	30,1	31,8	25,6	24,6	28,0	25,8	27,4	21,3	30,5	22,5	31,7	25,5	27,5	26,3	26,1	27,7	
- 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	25,6	25,3	25,9	32,9	26,4	20,8	23,4	25,3	33,5	25,0	26,1	25,4	24,5	26,5	25,9	25,0	28,1	23,7	
v.a.	4.020	1.918	2.102	921	1.483	1.616	1.161	2.421	438	1.723	2.297	1.074	777	728	1.441	1.914	1.174	933	

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

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B13 – Soggetto a cui l'intervistato preferirebbe rivolgersi, avendo un problema serio e/o urgente di salute, sulla base dell'esperienza maturata nel tempo (l'al. %)

Soggetti	Livello socioeconomico										Tipologia di ospedale utilizzato				Livello di soddisfazione delle prestazioni	
	Titolo di studio					Ricorso										
	Fino a sc. media inferiore	Media superiore + Laurea	Basso + Medio	Medio	Medio alto + Altro	Malattia/Intervento grave	Malattia/Intervento leggero	No	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco o Per niente soddisfatto		
Totale																
– Quando ho o penso di avere un problema serio e/o urgente di salute preferisco rivolgermi innanzitutto al mio medico di base	78,2	80,0	75,7	79,3	77,2	76,1	67,7	83,7	76,4	82,2	74,2	86,4	79,6	83,6		
– In alternativa preferisco recarmi dal medico specialista ospedaliero di cui mi fido o di cui ho sentito parlare bene per effettuare una visita intramoenia all'interno dell'ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento) così è più facile	59,2	58,2	60,6	58,1	59,6	66,5	68,6	71,9	52,1	70,6	73,0	68,5	73,3	68,4		
– Nel caso non trovi una risposta adeguata o rapida dal tuo medico di base o dagli specialisti dei poliambulatori ASL, preferisco rivolgermi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero	43,9	42,8	45,5	45,2	42,4	44,8	31,3	44,5	44,6	36,1	38,2	40,8	43,0	48,2		
– 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 Pronto Soccorso dell'ospedale	26,8	27,1	26,4	25,9	27,3	30,6	30,2	26,9	26,4	25,4	24,3	24,4	27,6	29,6		
– Preferisco in ogni caso rivolgermi da subito al Pronto Soccorso ospedaliero piuttosto che ai servizi della ASL per non perdere tempo	19,7	20,3	18,9	18,4	21,6	16,4	32,2	18,6	19,3	22,7	16,9	8,3	16,9	22,5		
– Insomma tendo a usare più l'ospedale che non i servizi ASL presenti sul territorio	20,0	21,1	18,3	24,9	14,9	16,0	36,3	16,6	20,3	20,5	18,1	12,1	19,6	13,9		
– Non saprei comunque cosa scegliere, poiché di solito mi faccio consigliare in caso di necessità	26,6	27,0	26,0	26,9	26,5	25,0	28,8	20,6	29,4	20,6	18,8	31,6	24,7	19,6		
– 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	25,6	23,5	28,6	21,3	30,6	24,6	4,9	17,1	31,5	13,0	12,9	38,3	18,7	14,1		
v.a.	4.020	2.360	1.660	2.021	1.792	207	202	1.260	2.558	1.108	198	124	317	940	171	

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

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C13 – Soggetto a cui l'intervistato preferirebbe rivolgersi, avendo un problema serio e/o urgente di salute, sulla base dell'esperienza maturata nel tempo (l'al. %)

Risposte	Conoscenza alternativa pubblico/privato				Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione		Conoscenza possibilità di cure all'estero		Struttura preferita in caso di malattia seria			Propensione a cambiare struttura		
	Si con chiarezza				Mi sembra di sì		Sì		Sentito parlare					
	Vaga idea	No	Sì	Mi sembra di sì	No	Sì	Osp. privato accreditato			Ospedale pubblico	No		Clinica privata	
Totale														
- Quando ho o penso di avere un problema serio e/o urgente di salute preferisco rivolgermi innanzitutto al mio medico di base	83,7	75,8	71,6	80,5	78,2	75,4	82,8	73,5	79,9	80,4	72,6	73,4	76,6	79,4
- 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	65,6	59,1	43,6	64,2	62,9	46,2	67,3	60,6	55,0	57,7	63,4	59,0	59,6	58,9
- 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	47,1	42,3	40,7	46,2	43,6	41,8	43,7	49,5	40,0	45,8	40,1	32,7	47,2	41,7
- 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	27,3	26,8	25,5	30,8	25,1	24,8	29,1	32,4	21,8	24,0	35,1	22,4	24,6	28,3
- Preferisco in ogni caso rivolgermi da subito al P.S. ospedaliero piuttosto che ai servizi della ASL per non perdere tempo	17,6	20,5	22,5	17,4	19,8	22,3	20,3	19,4	19,7	20,5	17,2	22,3	21,5	18,4
- Insomma tendo a usare più l'ospedale che non i servizi ASL presenti sul territorio	14,9	22,6	25,1	14,9	20,6	25,2	14,7	16,6	24,4	22,1	15,0	11,3	23,9	17,2
- Non saprei comunque cosa scegliere, poiché di solito mi faccio consigliare in caso di necessità	20,2	26,9	41,5	21,9	24,4	36,5	19,1	23,8	31,5	24,7	28,9	50,9	22,3	29,6
- 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	23,7	26,0	29,4	24,1	25,5	27,8	22,9	24,2	27,7	24,8	27,6	27,9	24,2	26,6
v.a.	1.579	1.798	643	1.238	1.796	986	742	1.375	1.902	2.876	1.023	121	1.650	2.370

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

Fonte: indagine *Ermenenia – Studi & Strategie di Sistema*, 2017

Tab. A14 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

Tab. 111 - Giudizio emesso dai cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di struttura e (var. 29)																																				
Totale			Sesso		Classi di età					Numero componenti familiari					Capofamiglia					Ripartizione geografica					Ampiezza Comune di residenza											
			Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	1-2 comp.	3-4 comp.	5 o più comp.	Sì	No	Ovest	Nord- Est	Centro Isole	Sud e 20 mila ab.	Fino a 20 mila ab.	Oltre 100 mila ab.																		
Ospedale pubblico																																				
- Molto positivo	8,9	10,2	7,7	9,4	8,3	9,2	9,7	7,6	14,0	9,0	8,8	11,4	10,9	4,1	8,4	9,9	6,5	9,9	9,9	8,8	11,4	10,9	4,1	8,4	9,9	6,5	9,9	9,9	8,8	11,4	10,9	4,1	8,4	9,9	6,5	
- Abbastanza positivo	52,4	53,7	51,3	39,1	51,0	61,3	56,4	51,8	44,8	55,9	49,8	61,1	49,8	66,6	40,0	55,0	49,2	51,0	51,0	49,8	61,1	49,8	66,6	40,0	55,0	49,2	51,0	51,0	49,8	61,1	49,8	66,6	40,0	55,0	49,2	51,0
- Un po' negativo	23,4	22,1	24,5	28,2	28,7	15,7	20,7	24,3	25,4	22,7	23,9	17,3	22,6	19,2	30,5	20,2	27,6	24,6	24,6	23,9	17,3	22,6	19,2	30,5	20,2	27,6	24,6	24,6	23,9	17,3	22,6	19,2	30,5	20,2	27,6	24,6
- Del tutto negativo	5,2	4,3	6,0	7,8	5,4	3,5	3,3	6,9	1,0	3,9	6,2	3,8	2,0	3,9	8,7	4,5	5,1	6,8	6,8	5,4	3,5	3,3	6,9	1,0	3,9	6,2	3,8	2,0	3,9	8,7	4,5	5,1	6,8	6,8		
- Non saprebbe dare un giudizio	10,1	9,7	10,5	15,5	6,6	10,3	9,9	9,4	14,8	8,5	11,3	6,4	14,7	6,2	12,4	10,4	11,6	7,7	7,7	10,5	15,5	6,6	10,3	9,9	9,4	14,8	8,5	11,3	6,4	14,7	6,2	12,4	10,4	11,6	7,7	
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		
v.a.	4020	1918	2102	921	1483	1616	1161	2421	438	1723	2297	1074	777	728	1441	1914	1174	933	933	4020	1918	2102	921	1483	1616	1161	2421	438	1723	2297	1074	777	728	1441	1914	1174
Ospedale privato accreditato																																				
- Molto positivo	8,3	8,7	7,9	7,1	7,5	9,7	9,4	7,2	11,1	9,0	7,8	8,7	10,4	2,6	9,7	8,1	10,1	6,3	6,3	8,7	10,4	8,7	10,4	8,7	10,4	2,6	9,7	8,1	10,1	10,1	8,1	10,1	10,1	8,1		
- Abbastanza positivo	53,7	57,3	50,6	49,0	59,9	51,0	52,4	53,8	58,0	56,8	51,6	57,0	44,6	67,5	49,5	56,2	46,6	58,1	58,1	51,6	57,0	44,6	67,5	49,5	56,2	46,6	56,2	46,6	56,2	46,6	56,2	46,6	56,2	46,6		
- Un po' negativo	10,9	9,9	11,8	11,5	13,0	8,5	9,4	11,9	8,9	10,9	10,8	9,9	7,6	9,4	14,1	7,4	15,9	11,6	11,6	10,8	9,9	7,6	9,4	14,1	7,4	15,9	11,6	11,6	10,8	9,9	7,6	9,4	14,1	7,4		
- Del tutto negativo	2,4	1,8	2,9	3,0	1,1	3,2	1,7	3,0	0,6	1,6	3,0	2,0	0,8	1,1	4,2	1,6	2,1	4,3	4,3	3,0	2,0	0,8	1,1	4,2	1,6	2,1	4,3	4,3	3,0	2,0	0,8	1,1	4,2	1,6		
- Non saprebbe dare un giudizio	24,7	22,3	26,8	29,4	18,5	27,6	27,1	24,1	21,4	21,7	26,8	22,4	36,6	19,4	22,5	26,7	25,3	19,7	19,7	26,8	22,4	36,6	19,4	22,5	26,7	25,3	26,7	25,3	26,7	25,3	26,7	25,3	26,7	25,3		
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		
v.a.	4020	1918	2102	921	1483	1616	1161	2421	438	1723	2297	1074	777	728	1441	1914	1174	933	933	4020	1918	2102	921	1483	1616	1161	2421	438	1723	2297	1074	777	728	1441	1914	1174
Clinica privata																																				
- Molto positivo	11,9	10,3	13,3	11,1	13,6	10,8	9,9	13,1	10,0	10,5	12,9	11,7	12,5	6,4	14,4	10,9	11,0	15,1	15,1	13,6	10,8	9,9	13,1	10,0	10,5	12,9	11,7	12,5	6,4	14,4	10,9	11,0	15,1	15,1		
- Abbastanza positivo	36,8	40,1	33,8	39,5	39,1	32,9	36,7	37,2	35,1	40,3	34,1	36,1	26,3	45,6	38,4	35,0	35,6	41,9	41,9	39,5	39,1	32,9	36,7	37,2	35,1	40,3	34,1	36,1	26,3	45,6	38,4	35,0	35,6	41,9		
- Un po' negativo	10,4	8,9	11,7	11,1	11,6	9,0	9,6	10,0	14,7	8,5	11,9	10,3	6,2	9,0	13,5	8,9	11,1	12,8	12,8	11,6	10,3	6,2	9,0	13,5	8,9	11,1	12,8	12,8	11,6	10,3	6,2	9,0	13,5	8,9		
- Del tutto negativo	3,0	4,0	2,0	3,4	2,3	3,4	3,0	3,2	1,6	3,8	2,4	4,3	2,4	2,2	2,7	1,8	4,8	3,1	3,1	4,3	2,4	4,3	2,2	2,7	1,8	4,8	3,1	3,1	4,3	2,4	4,3	2,2	2,7	1,8		
- Non saprebbe dare un giudizio	37,9	36,7	39,2	34,9	33,4	43,9	40,8	36,5	38,6	36,9	38,7	37,6	52,6	36,8	31,0	43,4	37,5	27,1	27,1	38,7	37,6	52,6	36,8	31,0	43,4	37,5	27,1	27,1	38,7	37,6	52,6	36,8	31,0	43,4		
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	100,0	100,0	100,0	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.	4020	1918	2102	921	1483	1616	1161	2421	438	1723	2297	1074	777	728	1441	1914	1174	933	933	4020	1918	2102	921	1483	1616	1161	2421	438	1723	2297	1074	777	728	1441	1914	1174

Fonte: Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B1.4 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

	Totale	Titolo di studio			Livello socioeconomico			Ricorso			Tipologia di ospedale utilizzato			Livello di soddisfazione delle prestazioni		
		Fino a sc. media inf.	Media sup + media	Laurea	Basso	Medio	Medio alto + alto	Intervento grave	Malattia/ Intervento	Malattia/ Intervento leggero	No	Pubblico	Privato accreditato	Privato Clinica privata	Molto Abbastanza soddisf.	Poco + Per niente soddisf.
Ospedale pubblico																
– Molto positivo	8,9	9,1	8,7	8,9	8,4	13,9	12,1	12,1	9,8	8,2	11,5	6,7	5,6	34,6	3,6	2,1
– Molto positivo	52,4	56,4	46,5	49,7	54,9	56,7	63,5	63,5	57,4	49,2	63,5	46,8	41,3	44,5	71,9	16,7
– Abbastanza positivo	23,4	18,5	30,4	22,9	24,1	21,6	19,4	19,4	24,3	23,2	18,6	33,7	40,6	18,1	18,5	54,1
– Un po' negativo	5,2	4,0	6,9	5,9	4,4	5,2	3,2	3,2	4,8	5,5	4,1	3,6	10,7	2,5	2,9	18,2
– Del tutto negativo	10,1	12,0	7,5	12,6	8,2	2,6	1,8	1,8	3,7	13,9	2,3	9,2	1,8	0,3	3,1	8,9
– 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	100,0	100,0
v.a.	4,020	2,360	1,660	2,021	1,792	207	202	202	1,260	2,558	1,108	198	124	317	940	171
Ospedale privato accreditato																
– Molto positivo	8,3	8,7	7,7	7,7	8,1	14,8	17,1	17,1	9,7	6,9	8,7	26,0	7,1	26,1	7,2	3,6
– Abbastanza positivo	53,7	52,4	55,8	49,7	57,0	66,7	37,8	37,8	63,7	50,3	59,3	66,9	62,2	50,6	67,1	44,4
– Un po' negativo	10,9	8,5	14,3	10,7	11,2	9,9	7,0	7,0	9,5	11,8	9,1	6,4	13,1	5,1	7,3	25,8
– Del tutto negativo	2,4	2,5	2,2	4,1	0,7	0,5	6,0	6,0	0,7	2,9	0,9	1,2	1,2	0,4	0,4	4,2
– Non saprebbe dare un giudizio	24,7	27,9	20,0	27,8	23,0	8,1	32,1	32,1	16,4	28,1	22,0	0,7	16,4	18,2	18,0	22,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4,020	2,360	1,660	2,021	1,792	207	202	202	1,260	2,558	1,108	198	124	317	940	171
Clinica privata																
– Molto positivo	11,9	12,4	11,1	9,8	13,7	15,8	6,5	6,5	14,0	11,2	13,0	10,2	18,5	17,7	11,3	14,5
– Abbastanza positivo	36,8	34,5	40,0	36,8	34,8	53,8	38,3	38,3	42,1	34,0	39,6	39,2	67,3	31,9	46,5	35,2
– Un po' negativo	10,4	8,4	13,3	10,0	10,8	10,9	11,1	11,1	10,4	10,4	10,7	7,4	6,0	11,1	8,3	15,8
– Del tutto negativo	3,0	2,2	4,1	3,5	2,3	3,1	5,7	5,7	1,8	3,3	2,1	2,6	4,5	1,8	1,4	8,8
– Non saprebbe dare un giudizio	37,9	42,5	31,5	39,9	38,4	16,4	38,4	38,4	31,7	41,1	34,6	40,6	3,7	37,5	32,5	25,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	4,020	2,360	1,660	2,021	1,792	207	202	202	1,260	2,558	1,108	198	124	317	940	171

Fonte: *Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. C14 – Giudizio sintetico dei cittadini sugli ospedali italiani, a seconda della tipologia di strutture (val. %)

	Conoscenza alternativa pubblico/privato				Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione				Conoscenza possibilità di cure all'estero				Struttura preferita in caso di malattia seria				Propensione a cambiare struttura	
	Si con chiarezza		Vaga idea		No	Si	Mi sembra di sì	No	Si	Sentito parlare	No	Ospedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata	Cambierei	Cercherei fuori dal Comune di residenza		
	Totale																	
Ospedale pubblico																		
- Molto positivo	8,9	11,7	6,1	10,0	12,6	8,1	5,7	17,1	8,0	6,4	11,4	2,7	3,2	9,7	8,4	50,7		
- Abbastanza positivo	52,4	55,8	56,2	33,3	56,8	55,6	41,2	52,7	57,6	48,4	60,3	34,4	17,0	54,7	50,7	21,7		
- Un po' negativo	23,4	20,9	26,2	21,7	20,4	23,5	26,9	21,2	22,9	24,6	16,0	41,2	48,0	21,7	24,6	24,6		
- Del tutto negativo	5,2	5,4	3,4	9,8	4,3	3,8	8,8	2,5	4,2	7,0	3,4	8,4	20,8	4,5	5,7	5,7		
- Non saprebbe dare un giudizio	10,1	6,2	8,1	25,2	5,9	9,0	17,4	6,5	7,3	13,6	8,9	13,3	11,0	9,4	10,6	10,6		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
v.a.	4,020	1.579	1.798	643	1.238	1.796	986	742	1.375	1.902	2.876	1.023	121	1.650	2.370	2.370		
Ospedale privato accreditato																		
- Molto positivo	8,3	13,1	5,9	3,0	13,7	7,3	3,3	15,7	7,1	6,2	7,3	11,5	3,7	8,5	8,1	8,1		
- Abbastanza positivo	53,7	60,3	55,7	32,7	56,8	57,5	43,4	57,8	60,5	47,4	52,8	58,6	39,4	59,5	49,9	49,9		
- Un po' negativo	10,9	9,3	13,0	8,8	8,6	12,5	10,7	8,1	10,1	12,5	10,3	11,6	18,3	10,7	11,0	11,0		
- Del tutto negativo	2,4	2,9	1,0	4,9	2,4	1,9	3,1	1,4	2,5	2,7	2,4	1,8	6,7	2,2	2,5	2,5		
- Non saprebbe dare un giudizio	24,7	14,4	24,4	50,6	18,5	20,8	39,5	17,0	19,8	31,2	27,2	16,5	31,9	19,1	28,5	28,5		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
v.a.	4,020	1.579	1.798	643	1.238	1.796	986	742	1.375	1.902	2.876	1.023	121	1.650	2.370	2.370		
Clinica privata																		
- Molto positivo	11,9	14,7	10,5	8,7	16,5	9,9	9,6	17,6	9,0	11,7	9,4	16,7	30,3	12,5	11,4	11,4		
- Abbastanza positivo	36,8	36,0	40,7	27,7	36,0	37,6	36,1	37,0	38,0	35,7	34,6	42,8	37,5	43,4	32,2	32,2		
- Un po' negativo	10,4	12,2	9,5	8,7	12,1	11,1	7,1	12,7	13,9	7,0	10,8	9,4	8,5	9,9	10,7	10,7		
- Del tutto negativo	3,0	4,0	1,4	4,7	3,3	2,3	3,7	3,7	1,9	3,5	3,5	1,3	3,9	3,3	2,7	2,7		
- Non saprebbe dare un giudizio	37,9	33,1	37,9	50,2	32,1	39,1	43,5	29,0	37,2	42,1	41,7	29,8	19,8	30,9	43,0	43,0		
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
v.a.	4,020	1.579	1.798	643	1.238	1.796	986	742	1.375	1.902	2.876	1.023	121	1.650	2.370	2.370		

Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A15 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (Giudizi "Molto + Abbastanza d'accordo) (val. %)

	Sesso		Classi di età					Numero componenti familiari					Capofamiglia		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	M	F	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	1-2 componenti	3-4 componenti	5 o più componenti	Si	No	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti				
Totale																					
– Ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)	71,6	73,7	69,8	62,6	74,8	73,8	73,9	72,0	63,9	75,0	69,0	77,5	65,4	83,2	64,8	70,2	72,6	73,4			
– Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni	74,2	75,1	73,3	69,8	78,6	72,7	76,9	74,8	63,6	77,5	71,7	78,1	71,9	85,5	66,8	73,0	75,2	75,6			
– In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema privato accreditato: la Regione o la Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta	65,4	63,3	67,3	60,7	71,3	62,7	68,5	65,4	57,3	69,1	62,7	67,6	62,4	74,2	61,1	64,8	65,1	67,3			
– Sul territorio del mio Comune di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	41,5	43,8	39,4	32,7	45,1	43,2	43,7	41,3	36,7	47,4	37,1	48,4	31,2	57,2	33,8	32,3	41,2	60,5			

./.

(Segue) Tab. A15 — Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (Giudizi “Molto + Abbastanza d'accordo) (val. %)

	Sesso		Classi di età			Numero componenti familiari			Capofamiglia		Ripartizione geografica					Ampiezza Comune di residenza		
	M	F	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	1-2 componenti	3-4 componenti	5 o più componenti	Sì	No	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila abitanti	20-100 mila abitanti	Oltre 100 mila abitanti	
Totale																		
— Sul territorio della mia Provincia di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	54,7	55,5	54,0	49,7	55,0	57,5	59,0	54,8	43,1	50,7	69,6	53,7	64,3	39,4	50,8	55,0	62,4	
— Sul territorio della mia Regione di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	61,4	63,1	59,9	54,5	64,1	62,8	66,5	59,8	56,7	66,6	72,2	61,9	76,2	45,6	58,5	61,0	67,7	

Fonte: *Indagine Ermeneta — Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. B15 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (Giudizi: “Molto + Abbastanza d'accordo) (val. %)

	Titolo di studio		Livello socioeconomico			Ricorso		Tipologia di ospedale utilizzato			Livello di soddisfazione delle prestazioni			
	Fino a sc. media inferiore	Media superiore + Laurea	Basso + Medio	Medio	Medio alto + Alto	Malattia/Intervento grave	Malattia/Intervento o leggero	No	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto
Totale														
– Omai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)	71,6	70,5	73,1	64,9	77,5	86,6	71,1	82,9	66,0	92,7	75,5	85,9	84,3	64,1
– Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni	74,2	71,1	78,6	69,1	78,5	86,3	72,1	88,0	67,6	89,7	90,9	93,9	86,3	76,2
– In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema privato accreditato: la Regione o la Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta	65,4	61,6	71,0	64,4	65,6	74,9	62,9	74,8	61,0	71,7	70,4	72,3	75,6	69,1
– Sul territorio del mio Comune di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	41,5	40,6	42,7	39,0	42,1	61,1	50,2	43,7	39,7	48,7	40,2	49,2	46,4	31,7

J.

(Segue) Tab. B15 — Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (Giudizi “Molto + Abbastanza d'accordo) (val. %)

	Titolo di studio		Livello socioeconomico			Ricorso		Tipologia di ospedale utilizzato			Livello di soddisfazione delle prestazioni			
	Fino a sc. media inferiore	Media superiore + laurea	Basso + Medio	Medio	Medio alto +	Malattia/Intervento grave	Malattia/Intervento leggero	No	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco + Per niente soddisfatto
Totale														
– Sul territorio della mia Provincia di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	54,7	53,0	57,2	49,9	58,3	72,0	59,4	60,5	51,5	72,9	59,9	74,2	60,2	41,0
– Sul territorio della mia Regione di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta	61,4	58,7	65,1	55,9	65,8	77,2	63,1	68,4	57,8	79,4	72,7	86,6	67,0	44,7

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C15 – Giudizio sulla graduale crescita e sul consolidamento di un sistema ospedaliero misto pubblico/privato accreditato (Giudizi: “Molto + Abbastanza d'accordo) (val. %)

	Conoscenza alternativa pubblico/privato				Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione		Conoscenza possibilità di cure all'estero		Struttura preferita in caso di malattia seria		Propensione a cambiare struttura		
	Conoscenza alternativa pubblico/privato		Conoscenza possibilità di curarsi fuori Regione		Conoscenza possibilità di cure all'estero		Struttura preferita in caso di malattia seria		Propensione a cambiare struttura				
	Si con chiarezza	Vaga idea	Si	Mi sembra di sì	No	Sì	Sentito parlare	No	Ospedale pubblico	Osp. privato accreditato	Clinica privata	Cambierei dal Comune di residenza	
Totale													
–	71,6	82,2	73,0	41,6	76,3	77,3	55,2	80,2	74,3	66,3	57,9	72,4	71,1
Ormai l'ospedale privato accreditato fa parte del sistema ospedaliero complessivo, presente sul territorio: quando ci si deve ricoverare non si guarda se l'ospedale è pubblico o privato accreditato, ma si considerano altri fattori (la presenza della specializzazione che serve, la qualità delle prestazioni, la vicinanza, ecc.)													
–	74,2	83,3	76,7	45,2	79,8	79,6	57,5	81,7	77,6	68,8	75,2	71,6	76,0
Lo Stato dovrebbe, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere sul territorio (pubbliche e private), per permettere al cittadino di poter scegliere nella maniera migliore, a seconda delle sue necessità, possibilità ed opinioni													
–	65,4	68,1	70,2	45,8	64,4	69,6	59,2	71,0	65,7	63,1	64,6	65,2	65,6
In fondo si conosce poco delle diverse opportunità di ricovero che offre il sistema privato accreditato: la Regione o la Asl dovrebbero investire in opportune campagne di informazione del cittadino per favorire una sua effettiva libera scelta													
–	41,5	49,9	41,0	22,4	49,8	42,6	29,1	58,2	43,9	33,1	43,7	51,3	34,6
Sul territorio del mio Comune di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta													
–	54,7	67,2	53,1	28,7	61,8	58,9	38,4	65,6	57,4	48,6	58,3	46,2	50,0
Sul territorio della mia Provincia di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta													
–	61,4	72,9	62,3	30,6	69,4	66,9	41,5	70,8	63,4	56,3	65,5	48,9	60,1
Sul territorio della mia Regione di residenza esiste un'ampia scelta di ospedali (pubblici e privati accreditati) e quindi si può scegliere quello che meglio serve, volta per volta													

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sui care-giver

Come nel caso dell'indagine sulla popolazione, vengono riportate di seguito le tabelle relative agli incroci effettuati tra alcune variabili socioanagrafiche e di opinione e le diverse domande del questionario somministrato ai *care-giver*.

Naturalmente le tabelle di incrocio così ottenute non sono state richiamate nella loro totalità nell'ambito del commento effettuato nella Parte terza del presente Rapporto. Al contrario si è tenuto conto dei contenuti delle tabelle che presentavano i dati di distribuzione semplice delle risposte, a cui si sono aggiunte delle eventuali specificazioni derivanti dalle tabelle di incrocio. E questo allo scopo di limitare anche in questo caso le dimensioni quantitative dei vari capitoli.

Il numero progressivo che definisce le tabelle di incrocio corrisponde al numero progressivo utilizzato per le tabelle di distribuzione semplice, incluse via via nel commento.

Gli incroci relativi al campione dei 2.000 *care-giver* sono stati predisposti utilizzando i seguenti gruppi di variabili che hanno consentito di pervenire a tre tipologie di tabelle e cioè:

- le tabelle di tipo “A...”, che comprendono le variabili del numero di componenti della famiglia, del livello socioeconomico dichiarato dagli intervistati, della professione e del titolo di studio delle persone coinvolte nell'indagine, nonché il tipo di ospedale utilizzato negli ultimi dodici mesi;
- le tabelle di tipo “B...”, che utilizzano le variabili del sesso, dell'età, della ripartizione geografica e dell'ampiezza del Comune di residenza degli intervistati;
- e le tabelle di tipo “C...”, che considerano il livello di soddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della propria Regione di residenza, il

livello di soddisfazione delle tre tipologie di ospedali effettivamente utilizzati (pubblici, privati accreditati e cliniche private), il ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a seguito di eventuali disagi derivanti dall'accesso ad ospedali pubblici e/o alla qualità dei relativi servizi, nonché la presenza eventuale di rimandi e/o rinunce, ricorso oppure nessun ricorso a prestazioni di tipo sanitario.

Anche nel caso dell'indagine sui *care-giver* viene di seguito riportato un indice sintetico delle tabelle di incrocio, allo scopo di facilitarne la consultazione.

		pag.
–	<i>Care-giver</i> che dichiarano di aver sostenuto o non sostenuto delle spese sanitarie e/o assistenziali, per sé e/o per altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi delle strutture pubbliche e/o di quelle private accreditate (val. %)	Tab. A2 Tab. B2 Tab. C2 392 392 393
–	Spese <i>out-of-pocket</i> in euro, sostenute in media dal <i>care-giver</i> , per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (v.a.)*	Tab. A3 Tab. B3 Tab. C3 394-395 396-397 398-399
–	<i>Care-giver</i> che dichiarano di aver sostenuto o non sostenuto, per sé e/o per altri membri della famiglia, delle spese negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai servizi sanitari e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno (val. %)	Tab. A4 Tab. B4 Tab. C4 400 400 401
–	Spese <i>out-of-pocket</i> sostenute in media dal <i>care-giver</i> , per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai prodotti e ai servizi di tipo sanitario e di tipo assistenziale privati a pagamento pieno (v.a. in euro)*	Tab. A5 Tab. B5 402-403 404-405
–	Le ragioni dichiarate dal <i>care-giver</i> per le spese <i>out-of-pocket</i> sostenute per se stesso e/o per altri membri della famiglia (val. %)	Tab. A8 Tab. B8 406-407 408
–	Rimandi e/o rinunce alle cure nell'anno 2017 da parte dei <i>care-giver</i> e/o dei membri della relativa famiglia (val. %)	Tab. A9 Tab. B9 409-410 411
–	Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)	Tab. A10 Tab. B10 412 413
–	Livello di soddisfazione/insoddisfazione espresso dal <i>care-giver</i> sui servizi sanitari e socioassistenziali oltre che negli ospedali presenti nella Regione di residenza (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto” e “Poco + Per nulla soddisfatto”) (val. %)	Tab. A11 Tab. B11 414 415
–	Eventuali difficoltà affrontate negli ultimi dodici mesi al momento della scelta delle strutture ospedaliere cui rivolgersi per interventi chirurgici e/o per cure, con riferimento ai <i>care-giver</i> come pure ai membri della relativa famiglia (Difficoltà “Molto + Abbastanza Importante”) (val. %)	Tab. A12 Tab. B12 416 417

		pag.
– Sensazione o meno di essere messi al centro come paziente in occasione delle esperienze ospedaliere maturate negli ultimi dodici mesi dal <i>care-giver</i> , dagli altri membri della famiglia (val. %)	Tab. A13 Tab. B13	418 419
– La debolezza delle “giunzioni” durante il ricovero nel rapporto con gli operatori e con l’organizzazione ospedaliera (Giudizi “Molto + Abbastanza d’accordo”) (val. %)	Tab. A14 Tab. B14	420-422 423-425
– Eventuali difficoltà al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l’intervento e/o la degenza per ragioni di cura da parte del <i>care-giver</i> , dagli altri membri della famiglia (Giudizi “Molto + Abbastanza importante”) (val. %)	Tab. A15 Tab. B15	426-428 429-430
– Modalità con cui si sono superate le eventuali difficoltà incontrate dal <i>care-giver</i> e/o dagli altri appartenenti alla famiglia (Modalità “Molto + Abbastanza importante”) (val. %)	Tab. A16 Tab. B16	431 432
– Livello di soddisfazione/insoddisfazione complessivo qualora siano state effettivamente utilizzate negli ultimi dodici mesi delle strutture ospedaliere pubbliche, private accreditate oppure cliniche private con riferimento al <i>care-giver</i> e/o ai membri della relativa famiglia (val.%)	Tab. A17 Tab. B17	433 434
– Eventuale ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte del <i>care-giver</i> e/o della famiglia, a seguito di eventuali disagi derivanti dall’accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche e dalla relativa qualità di tali servizi (val. %)	Tab. A19 Tab. B19 Tab. C19	435 436 437
– Ragioni del ricorso da parte del <i>care-giver</i> o dei membri della relativa famiglia ristretta e/o allargata ad ospedali privati accreditati (val. %)	Tab. A20 Tab. B20 Tab. C20	438 439 440
– Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del <i>care-giver</i> e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni 2016 e 2017 (val. %)	Tab. B21 Tab. C21	441 441-443

Tab. A2 – Care-giver che dichiarano di aver sostenuto o non sostenuto delle spese sanitarie e/o assistenziali, per sé e/o per altri membri della famiglia negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi delle strutture pubbliche e/o di quelle private accreditate (val. %)

Risposta	Numero componenti familiari				Livello socioeconomico dichiarato				Professione dell'intervistato										Titolo di studio					Ospedale utilizzato		
	Totale																									

Tab. A3 – Spese out-of-pocket in euro, sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (va.)*

	Numero componenti familiari		Livello socioeconomico dichiarato				Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato					
Medie																		
Prestazioni per cui sono state sostenute delle spese																		
		I componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata
SPESSE PER SERVIZI E PRODOTTI SANITARI																		
-	164	125	161	184	133	168	165	149	162	175	164	152	163	147	200	177	157	296
-	136	92	124	170	134	138	134	146	138	124	123	171	122	111	195	148	177	137
-	143	116	125	182	96	150	139	167	146	123	139	180	125	125	189	145	117	201
-	167	128	159	190	232	157	170	208	172	151	161	165	143	160	198	180	127	192
-	43	34	39	48	30	48	40	42	43	52	40	33	39	48	37	39	26	267
-	189	233	185	185	171	202	177	228	189	193	170	169	144	191	212	196	193	221
-																		
-	199	323	189	197	54	211	264	297	201	166	100	210	75	200	214	192	354	505
-																		
-	59	40	58	62	36	59	61	51	57	53	93	51	104	43	70	61	55	51
-																		

(Segue) Tab. A3 – Spese out-of-pocket in euro, sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (v.a.)*

Prestazioni per cui sono state sostenute delle spese	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato					
	I componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato		
- Spese aggiuntive, rispetto a quanto fornito dal sistema sanitario pubblico, sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)	259	305	257	250	276	256	262	147	258	295	235	194	288	237	269	269	191	55
- Spese sostenute per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture pubbliche situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero	639	1.070	485	1.091	82	779	704	153	433	1.135	370	109	462	780	357	674	304	50
SPESE PER SERVIZI ASSISTENZIALI																		
- Spese sostenute per il ricovero di anziani e/o di disabili in RSA pubbliche (pagando la quota a carico della famiglia)	4.772	200	7.453	2.416	5.782	5.022	3.759	16.993	3.636	19.000	2.036	200	-	4.257	5.203	4.801	-	505
- Spese sostenute per l'assistenza pubblica a domicilio dei pazienti (pagando la quota a carico della famiglia)	155	-	145	167	285	137	120	169	126	360	-	100	-	102	206	146	-	50
- Spese per la badante o per persone che aiutano nell'assistenza al familiare durante il ricovero (ad esempio di notte)	3.379	900	3.227	3.999	3.003	1.706	4.308	4.376	3.712	5.911	1.226	146	5.357	3.351	2.373	3.243	480	50
- Altre spese	402	280	549	133	35	693	225	467	514	265	1.002	80	412	247	852	402	1.129	-
(*) I dati contenuti nella presente tabella corrispondono alla media, espressa in euro, delle spese sostenute dalle famiglie che hanno dichiarato di aver sostenuto una o più di tali spese (*)																		

(*) I dati contenuti nella presente tabella corrispondono alla media, espressa in euro, delle spese sostenute dalle famiglie che hanno dichiarato di aver sostenuto una o più di tali spese (e che rappresentano il 77,4% del totale del campione).

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B3 – Spese out-of-pocket in euro, sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (v.a.)*

Prestazioni per cui sono state sostenute delle spese	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza					
	Medie	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	
SPESE PER SERVIZI E PRODOTTI SANITARI														
- Ticket per i farmaci ed eventualmente per il pagamento della differenza tra il costo di quelli generici rispetto a quelli non generici	164	165	164	105	174	164	172	163	163	160	155	174	171	
- Ticket per l'effettuazione di analisi presso i laboratori	136	140	133	94	150	127	143	100	162	138	120	146	149	
- Ticket per accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza magnetica, PET, ecc.)	143	144	141	105	169	120	129	105	217	140	126	137	175	
- Ticket per visite specialistiche	167	164	169	112	181	159	149	186	161	174	171	170	158	
- Ticket per l'accesso al Pronto Soccorso	43	42	43	32	45	41	45	47	28	44	41	50	40	
- Spese per visite specialistiche effettuate in intramoenia (cioè nelle strutture ospedaliere pubbliche, pagando la visita)	189	178	196	173	189	192	213	173	219	159	196	147	218	
- Spese per eventuali interventi in day hospital in intramoenia (cioè nelle strutture pubbliche, ma pagando l'intervento)	199	192	204	213	188	219	284	94	184	171	226	208	166	
- Spese sostenute per visite presso il proprio medico di base per prestazioni particolari (come il rilascio di certificazioni, la somministrazione di vaccinazioni o altro)	59	57	60	47	59	64	70	39	68	51	60	52	64	
- Spese aggiuntive, rispetto a quanto fornito dal servizio sanitario pubblico, sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)	259	241	272	225	246	276	314	293	197	200	270	241	265	
- Spese sostenute per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture pubbliche situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero	639	931	350	117	445	909	225	1.127	221	752	516	615	1.184	

./.

(Segue) Tab. B3 – Spese out-of-pocket in euro, sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (v.a.)*

Prestazioni per cui sono state sostenute delle spese	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza			
	Medie	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	Oltre 20 mila ab.
SPESE PER SERVIZI ASSISTENZIALI												
– Spese sostenute per il ricovero di anziani e/o di disabili in RSA pubbliche (pagando la quota a carico della famiglia)	4.772	6.286	3.909	1.500	3.863	6.754	5.579	609	8.365	1.112	5.844	5.728
– Spese sostenute per l'assistenza pubblica a domicilio dei pazienti (pagando la quota a carico della famiglia)	155	248	87	66	161	253	40	146	-	238	131	185
– Spese per la badante o per persone che aiutano nell'assistenza al familiare durante il ricovero (ad esempio di notte)	3.379	6.451	2.336	200	2.426	4.458	1.563	3.384	4.276	4.736	3.066	1.419
– Altre spese	402	707	254	1.121	217	418	823	193	278	350	503	328
(*) I dati contenuti nella presente tabella corrispondono alla media, espressa in euro, delle spese sostenute dalle famiglie che hanno dichiarato di aver sostenuto una o più di tali spese (c												

(*) I dati contenuti nella presente tabella corrispondono alla media, espressa in euro, delle spese sostenute dalle famiglie che hanno dichiarato di aver sostenuto una o più di tali spese (e che rappresentano il 77,4% del totale del campione).

Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. C3 – Spese out-of-pocket in euro, sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (v.a.)*

	Valutazione servizi sanitario e socioassistenziali regionali																		Soddisfazione utilizzatori ospedali pubblici						Soddisfazione utilizzatori ospedali accreditati						Soddisfazione utilizzatori cliniche private						Soddisfazione ospedali accreditati per disagio in ospedali pubblici						Ricorso ad ospedali accreditati per prestazioni sanitarie e assistenziali nel 2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
	Molto			Poco			+ Nessun			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco			+ Per			Molto			Poco		

SPESE PER SERVIZI E PRODOTTI SANITARI

- Ticket per i farmaci ed eventualmente per il pagamento della differenza tra il costo di quelli generici rispetto a quelli non generici
- Ticket per l'effettuazione di analisi presso i laboratori
- Ticket per accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza magnetica, PET, ecc.)
- Ticket per visite specialistiche
- Ticket per l'accesso al Pronto Soccorso
- Spese per visite specialistiche effettuate in intramoenia (cioè nelle strutture ospedaliere pubbliche, pagando la visita)
- Spese per eventuali interventi in day hospital in intramoenia (cioè nelle strutture pubbliche, ma pagando l'intervento)
- Spese sostenute per visite presso il proprio medico di base per prestazioni particolari (come il rilascio di certificazioni, la somministrazione di vaccinazioni o altro)
- Spese aggiuntive, rispetto a quanto fornito dal servizio sanitario pubblico, sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)
- Spese sostenute per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture pubbliche situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero

./.

(Segue) Tab. C3 – Spese out-of-pocket in euro, sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi, pur avendo avuto accesso ai servizi forniti da strutture pubbliche e/o private accreditate (v.a.)*

Prestazioni per cui sono state sostenute delle spese	Valutazione servizi sanitario e socioassistenziali regionali		Soddisfazione utilizzatori ospedali pubblici		Soddisfazione utilizzatori ospedali accreditati		Soddisfazione utilizzatori cliniche private		Soddisfazione Poco + Molto		Ospedali Poco + Molto		Ospedali Cliniche Rimandi		Prestazioni sanitarie e assistenziali nel 2017		
	Medie	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	Molto Poco + Nessun + Per giudizio + Per Abbast. nulla	
SPESA PER SERVIZI ASSISTENZIALI																	
- Spese sostenute per il ricovero di anziani e/o di disabili in RSA pubbliche (pagando la quota a carico della famiglia)	4.772	5.873	1.683	3.395	5.830	4.308	24.000	815	7742	2.125	2.302	1.344	9.493	-			
- Spese sostenute per l'assistenza pubblica a domicilio dei pazienti (pagando la quota a carico della famiglia)	155	76	279	120	151	143	136	166	124	71	83	134	136	223	100		
- Spese per la badante o per persone che aiutano nell'assistenza al familiare durante il ricovero (ad esempio di notte)	3.379	2.524	4.742	150	3.009	2.807	2.500	9.640	1.114	3.731	4.501	507	2.826	5.071	-		
- Altre spese	402	423	444	108	587	205	714	423	184	50	263	1.160	363	549	121		

(*) I dati contenuti nella presente tabella corrispondono alla media, espressa in euro, delle spese sostenute dalle famiglie che hanno dichiarato di aver sostenuto una o più di tali spese (e che rappresentano il 77,4% del totale del campione)

Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. A4 – Care-giver che dichiarano di aver sostenuto o non sostenuto, per sé e/o per altri membri della famiglia, delle spese negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai servizi sanitari e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno (val. %)

Risposta	Numero componenti familiari		Livello socioeconomico dichiarato	Professione dell'intervistato					Titolo di studio			Ospedale utilizzato							
				Totale															
	I componente		2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	
- Hanno sostenuto delle spese	66,7	69,1	66,9	65,7	67,8	69,9	63,0	64,1	71,0	68,3	64,2	48,8	62,6	65,7	72,9	79,1	78,9	82,1	
- Non hanno sostenuto delle spese	33,3	30,9	33,1	34,3	32,2	30,1	37,0	35,9	29,0	31,7	35,8	51,2	37,4	34,3	27,1	20,9	21,1	17,9	
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	
v.a.	2.000	186	1.220	594	129	1.001	871	104	950	504	216	226	506	988	506	1.120	67	28	

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Fonte: indagine Ermenetia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B4 – Care-giver che dichiarano di aver sostenuto o non sostenuto, per sé e/o per altri membri della famiglia, delle spese negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai servizi sanitari e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno (val. %)

Risposta	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza			
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	Oltre 20-100 mila ab.
- Hanno sostenuto delle spese	66,7	65,4	67,7	54,2	70,3	66,0	69,7	71,7	61,6	64,2	65,2	63,9
- Non hanno sostenuto delle spese	33,3	34,6	32,3	45,8	29,7	34,0	30,3	28,3	38,4	35,8	34,8	36,1
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
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	382	659	940	570

Fonte: indagine Ermenegia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Fonte: indagine Ermenetia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C4 – Care-giver che dichiarano di aver sostenuto o non sostenuto, per sé e/o per altri membri della famiglia, delle spese negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai servizi sanitari e/o assistenziali di tipo privato a pagamento pieno (val. %)

Risposta	Valutazione servizi sanitario e socioassistenziali regionali				Soddisfazione utilizzatori ospedali pubblici		Soddisfazione utilizzatori ospedali accreditati		Soddisfazione utilizzatori cliniche private		Soddisfazione utilizzatori ospedali accreditati per disagio in ospedali pubblici		Ricorso ad ospedali		Prestazioni sanitarie e assistenziali nel 2017	
	Molto		Poco + Nessun		Molto	Poco +	Per	+	Molto	Poco +	Per	+	Molto	Poco +	Per	+
	Abbast.		nulla		Abbast.		nulla		Abbast.		nulla		Abbast.		nulla	
			Per giudizio													
Hanno sostenuto delle spese	66,7	71,3	69,3	43,7	77,9	84,8	83,3	84,1	91,9	77,2	81,4	90,7	76,3	72,1	38,9	
Non hanno sostenuto delle spese	33,3	28,7	30,7	56,3	22,1	15,2	16,7	15,9	8,1	22,8	18,6	9,3	23,7	27,9	61,1	
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	1.071	645	284	722	312	381	102	190	33	338	233	535	1.075	390	

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A5 – Spese out-of-pocket sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai prodotti e ai servizi di tipo sanitario e di tipo assistenziale privati a pagamento pieno (v.a. in euro)*

Tipologia di prestazioni	Medie	Numero componenti familiari		Livello socioeconomico dichiarato				Professione dell'intervistato				Titolo di studio				Ospedale utilizzato		
		1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore dip. + Operario	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	
SPESE PER SERVIZI E PRODOTTI SANITARI																		
- Spese per l'acquisto di farmaci senza prescrizione medica (compresi prodotti oncopatici e non tradizionali, integratori, vitamine, ecc.)	163	187	154	173	120	174	157	184	162	159	158	178	155	143	209	168	177	237
- Spese per l'acquisto di farmaci per i quali è obbligatoria la prescrizione medica, ma il cui costo non viene assunto dal Servizio Sanitario Nazionale	128	203	117	125	110	120	137	121	109	129	144	212	108	116	167	119	148	176
Spese effettuate via web per l'acquisto di farmaci, per poter risparmiare in quanto sono troppo costosi o perché non vengono assunti come onere dal Servizio Sanitario Nazionale																		
- Spese per articoli sanitari (siringhe, cerotti, termometri, fasce elastiche, ecc.)	55	48	54	58	44	52	59	69	49	50	89	52	61	53	54	57	49	58
- Spese per l'effettuazione di analisi cliniche presso i laboratori, effettuate privatamente	153	93	154	169	89	157	156	338	157	119	134	139	185	143	149	163	179	165
- Spese per l'effettuazione di accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza magnetica, PET, ecc.) effettuati privatamente	186	154	148	275	131	207	161	210	220	173	111	148	112	163	271	197	177	270
- Spese per visite specialistiche private o presso il proprio medico di base al di fuori degli orari di ricevimento	236	284	225	238	193	240	236	210	248	241	204	184	184	244	255	232	249	314
- Spese per infermieri, fisioterapisti, agopunturisti, podologi, psicologi, psicanalisti, ecc.	495	539	442	581	597	391	603	669	472	447	552	607	550	536	403	499	315	790
- Spese per cure dentarie	895	815	988	765	751	882	936	1.123	735	1.166	1.295	560	1.157	902	743	963	1.433	1.036
- Spese per l'accesso al Pronto Soccorso privato	113	-	151	71	33	175	79	-	141	-	-	36	40	125	150	122	-	50
/.																		

./.

(Segue) Tab. A5 – Spese out-of-pocket sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai prodotti e ai servizi di tipo sanitario e di tipo assistenziale privati a pagamento pieno (v.a. in euro)*

Tipologia di prestazioni	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato				Professione dell'intervistato				Titolo di studio				Ospedale utilizzato		
	Medie																	
	1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operario	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico		Privato accreditato	
- Spese per interventi in day hospital privato	448	200	587	113	115	775	116	-	511	990	65	81	-	327	512	321	172	1.372
- Spese per ricovero (cure, interventi chirurgici e riabilitazione) presso cliniche private	2.034	3.103	722	3.304	720	3.129	1.312	700	3.229	1.843	500	593	400	2.521	1.883	1.771	5.010	708
- Spese sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)	673	777	731	504	266	745	641	963	503	808	1.216	406	680	655	688	635	552	2.620
- Spese per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture private a pagamento pieno, situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero	1.145	2.000	873	1.389	156	1.789	1.063	224	850	1.639	-	190	-	1.625	493	1.145	-	-
SPESE PER SERVIZI ASSISTENZIALI																		
- Spese per l'assistenza a domicilio dei pazienti, sostenute interamente in via privata	1.254	1.000	1.353	320	-	411	2.418	400	475	480	7.000	50	7.000	512	399	1.486	50	-
- Spese per cure termali, ginnastica correttiva, servizio di ambulanza	210	91	242	145	101	271	178	348	322	132	115	42	167	232	233	257	65	-
- Spese per ricoveri di anziani e/o di disabili in RSA private	5.723	200	8.116	500	-	7.815	3.250	-	2.217	19.000	-	400	-	7.050	3.705	7.417	-	-
- Spese per la badante	6.215	900	5.329	11.120	10.936	2.570	9.532	666	5.769	8.194	-	4297	9.000	6.081	5.247	5.941	9.000	-
- Spesa complessiva per la sottoscrizione di polizze sanitarie individuali, familiari, aziendali/interaziendali, di fondi integrativi sanitari, ecc.	678	910	668	579	607	762	570	738	403	1048	2.158	448	450	671	714	646	176	1.397
- Altre spese	169	100	277	71	-	312	105	304	171	-	-	101	-	133	402	132	-	-

(*) Media in euro al netto delle famiglie che dichiarano di non aver sostenuto alcuna spesa.

Fonte: *Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. B5 – Spese out-of-pocket sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai prodotti e ai servizi di tipo sanitario e di tipo assistenziale privati a pagamento pieno (v.a. in euro)*

Tipologia di prestazioni	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza					
	Medie	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	
SPESE PER SERVIZI E PRODOTTI SANITARI														
- Spese per l'acquisto di farmaci senza prescrizione medica (compresi prodotti oncoepatici e non tradizionali, integratori, vitamine, ecc.)	163	156	168	111	176	160	165	147	214	146	162	154	175	
- Spese per l'acquisto di farmaci per i quali è obbligatoria la prescrizione medica, ma il cui costo non viene assunto dal Servizio Sanitario Nazionale	128	118	134	98	134	126	108	116	199	110	128	106	149	
- Spese effettuate via web per l'acquisto di farmaci, per poter risparmiare in quanto sono troppo costosi o perché non vengono assunti come onere dal Servizio Sanitario Nazionale	123	124	123	29	153	96	133	210	108	73	159	66	123	
- Spese per articoli sanitari (siringhe, cerotti, termometri, fasce elastiche, ecc.)	55	53	56	40	54	58	68	42	57	49	61	52	48	
- Spese per l'effettuazione di analisi cliniche presso i laboratori, effettuate privatamente	153	164	145	102	186	124	161	120	207	135	162	129	171	
- Spese per l'effettuazione di accertamenti diagnostici (RX, TAC, Risonanza magnetica, PET, ecc.) effettuati privatamente)	186	239	148	126	222	159	175	116	320	149	134	159	278	
- Spese per visite specialistiche private o presso il proprio medico di base al di fuori degli orari di ricevimento	236	243	231	189	242	237	208	243	250	243	219	245	248	
- Spese per infermieri, fisioterapisti, agopunturisti, podologi, psicologi, psicanalisti, ecc.	495	440	528	254	499	535	493	504	506	470	487	549	417	
- Spese per cure dentarie	895	805	955	406	725	1175	1269	732	738	639	899	981	797	
- Spese per l'accesso al Pronto Soccorso privato	113	83	120	30	122	-	175	40	100	65	40	77	167	
- Spese per interventi in day hospital privato	448	990	319	728	60	768	713	-	433	185	1169	223	438	
- Spese per ricovero (cure, interventi chirurgici e riabilitazione) presso cliniche private	2.034	1.311	2.670	1.400	1.514	3.097	3.271	660	629	419	3.079	516	3.190	

./.

(Segue) Tab. B5 – Spese out-of-pocket sostenute in media dal care-giver, per se stesso e/o per i membri della famiglia, negli ultimi dodici mesi per l'accesso ai prodotti e ai servizi di tipo sanitario e di tipo assistenziale privati a pagamento pieno (v.a. in euro)*

Tipologia di prestazioni	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza				
	Medie	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
- Spese sostenute per l'acquisto di protesi e attrezzature sanitarie (protesi dentarie e ortopediche, occhiali, apparecchi acustici, carrozzine, altre attrezzature per i pazienti)	673	752	617	344	518	811	450	825	856	706	808	529	637
- Spese per l'accompagnamento e l'assistenza del paziente presso strutture private a pagamento pieno, situate fuori Comune, fuori Provincia, fuori Regione o all'estero	1.145	1.467	829	-	683	1.749	506	1.169	785	1.546	636	2.525	1.864
SPESE PER SERVIZI ASSISTENZIALI													
- Spese per l'assistenza a domicilio dei pazienti, sostenute interamente in via privata	1.254	309	1.680	578	451	2.471	2.147	200	480	519	1.856	578	249
- Spese per cure termali, ginnastica correttiva, servizio di ambulanza	210	178	238	500	235	168	139	299	171	305	217	197	211
- Spese per ricoveri di anziani e/o di disabili in RSA private	5.723	7.815	3.250	150	2.825	13.658	6.255	-	6.000	400	7.050	150	6.000
- Spese per la badante	6.215	9.949	3.978	9.000	7.293	5.412	5.442	8.697	6.514	5.176	5.037	4.721	7.889
- Spesa complessiva per la sottoscrizione di polizze sanitarie individuali, familiari, aziendali/interaziendali, di fondi integrativi sanitari, ecc.	678	629	722	123	433	1020	730	771	846	388	396	762	791
- Altre spese	169	120	181	155	158	231	240	163	201	136	190	228	59

(*) Media in euro al netto delle famiglie che dichiarano di non aver sostenuto alcuna spesa.

(*) Media in euro al netto delle famiglie che dichiarano di non aver sostenuto alcuna spesa.

Fonte: indagine *Ermenewa* – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A8 – Le ragioni dichiarate dal care-giver per le spese out-of-pocket sostenute per se stesso e/o per altri membri della famiglia (val. %)

Ragioni	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato				Titolo di studio				Ospedale utilizzato		
	Totale																
	I componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	
- Per la presenza di liste di attesa troppo lunghe per analisi, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, ricoveri, ecc.	46,5	46,5	48,7	50,6	48,8	43,1	44,4	48,3	48,0	39,5	42,8	47,0	43,8	51,1	52,6	62,5	52,6
- Perché certi farmaci non vengono più prescritti o perché è più rapido comprarli direttamente in farmacia senza dover fare code dal medico di base per la prescrizione	31,7	32,1	32,0	28,8	31,0	33,0	34,5	32,8	34,9	31,6	19,2	29,7	34,6	28,3	34,8	49,7	33,5
- Per potersi rivolgere al medico/specialista di cui ci si fida	28,7	25,8	29,3	32,0	31,1	25,4	25,7	29,5	32,5	23,0	23,7	24,6	26,3	37,5	32,6	49,3	47,7
- Per le difficoltà burocratiche da affrontare presso le strutture pubbliche per poter effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti, ecc.	13,0	13,1	12,9	13,2	12,8	12,4	13,1	13,2	16,3	10,6	7,2	10,7	11,7	17,8	14,6	13,9	19,4
- Per una non adeguata organizzazione dei servizi ospedalieri pubblici	7,8	8,6	7,2	8,7	7,5	8,7	8,5	8,8	6,9	4,6	8,2	6,4	8,4	7,9	8,2	8,8	7,6
- Per la non sempre adeguata professionalità media degli operatori infermieristici	7,3	2,0	7,3	9,0	5,2	5,1	7,4	6,3	4,8	8,3	16,1	8,9	6,4	7,4	4,0	1,4	1,8
- Per la non sempre adeguata professionalità media degli operatori medici	6,5	6,5	6,6	6,3	5,8	5,4	7,8	4,1	6,5	5,5	10,1	6,2	5,8	8,0	6,2	9,3	14,8
- Per la non sufficiente qualità del rapporto umano col paziente	3,7	7,2	3,7	2,5	3,3	3,9	5,9	3,0	3,8	4,8	4,0	3,8	3,8	3,2	3,3	12,2	5,2
- Per la scarsa qualità dei servizi di ospitalità (camere, pasti, visite, ecc.)	2,3	0,9	2,5	2,4	4,5	2,1	2,2	3,6	2,3	2,1	1,2	3,4	2,2	2,4	2,1	1,6	11,3

./.

(Segue) Tab. A8 – Le ragioni dichiarate dal care-giver per le spese out-of-pocket sostenute per se stesso e/o per altri membri della famiglia (val. %)

Ragioni	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato					
	Totale																	
	I componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	
- Per la riduzione eccessiva dei giorni di ricovero rispetto alle esigenze dei pazienti	1,7	1,3	1,6	2,0	1,5	1,3	2,1	1,0	1,4	2,1	0,8	3,0	1,1	2,5	0,6	1,7	1,9	9,0
- Per la scarsa assistenza nel passaggio tra il ricovero in ospedale e le prestazioni mediche e socioassistenziali: una volta dimessi dalle strutture pubbliche	1,6	2,3	2,0	0,5	1,5	1,7	1,9	1,3	1,6	1,5	2,9	0,7	1,4	2,8	2,2	2,7	3,4	
- Altro	9,9	18,9	9,3	8,2	7,5	9,4	10,8	14,1	8,1	11,6	11,4	10,1	9,9	10,5	8,5	9,0	6,1	9,3
v.a.	2.000	186	1.220	594	129	1.001	871	104	950	504	216	226	506	988	506	1.120	67	28

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B8 – Le ragioni dichiarate dal care-giver per le spese out-of-pocket sostenute per se stesso e/o per altri membri della famiglia (val. %)

anno. Dato le ragioni economiche non è stato possibile sostenere per se stesso ed per altri membri della famiglia (par. 70)

Ragioni	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza				
	Totale		18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	
	Maschio	Femmina											
- Per la presenza di liste di attesa troppo lunghe per analisi, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, ricoveri, ecc.	46,5	45,4	47,3	38,0	48,3	46,5	51,2	44,9	47,2	42,9	44,0	48,0	49,3
- Perché certi farmaci non vengono più prescritti o perché è più rapido comprarli direttamente in farmacia senza dover fare code dal medico di base per la prescrizione	31,7	33,7	30,3	25,1	29,2	36,0	33,2	28,4	29,0	34,1	30,5	31,6	34,3
- Per potersi rivolgere al medico/specialista di cui ci si fida	28,7	28,1	29,2	22,4	28,0	30,9	30,6	39,1	30,3	19,9	24,6	32,1	32,6
- Per le difficoltà burocratiche da affrontare presso le strutture pubbliche per poter effettuare analisi, visite mediche specialistiche, accertamenti, ecc.	13,0	12,7	13,2	10,7	12,6	13,9	12,3	12,9	15,3	12,3	11,3	13,3	16,0
- Per una non adeguata organizzazione dei servizi ospedalieri pubblici	7,8	7,3	8,1	10,2	8,3	6,7	6,7	3,9	10,5	9,5	8,3	7,1	7,5
- Per la non sempre adeguata professionalità medica degli operatori infermieri	7,3	7,2	7,4	9,6	7,6	6,5	3,6	3,3	6,2	13,5	9,4	6,6	4,1
- Per la non sempre adeguata professionalità medica degli operatori medici	6,5	7,9	5,4	7,0	7,0	5,8	6,4	6,7	5,6	7,0	6,7	6,9	5,5
- Per la non sufficiente qualità del rapporto umano col paziente	3,7	3,8	3,5	6,3	2,7	4,0	4,3	2,2	4,1	3,8	3,8	4,1	3,0
- Per la scarsa qualità dei servizi di ospitalità (camere, pasti, visite, ecc.)	2,3	3,4	1,5	2,4	2,5	2,1	3,3	0,4	2,2	2,7	1,9	3,9	1,4
- Per la riduzione eccessiva dei giorni di ricovero rispetto alle esigenze dei pazienti	1,7	2,0	1,4	0,9	1,9	1,6	2,8	1,7	1,4	0,9	1,3	2,5	1,4
- Per la scarsa assistenza nel passaggio tra il ricovero in ospedale e le prestazioni mediche e socio-assistenziali una volta dimessi dalle strutture pubbliche	1,6	1,4	1,7	1,2	1,5	1,8	2,5	0,7	1,2	1,6	1,2	2,8	0,9
- Altro	9,9	8,9	10,6	12,7	7,0	12,2	9,2	13,2	12,2	7,1	8,2	10,7	12,1
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	382	659	940	570	490

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

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. A9 – Rimandi e/o rinunce alle cure nell'anno 2017 da parte dei care-giver e/o dei membri della relativa famiglia (val. %)

Prestazioni	Livello																	Ospedale utilizzato
	Numero componenti familiari			socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato					
	Totale			Totale			Totale			Totale								
	I componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore		Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato			
Ricorso a visite specialistiche																		
-	9,0	7,0	8,9	9,7	10,5	6,2	12,0	10,4	8,1	8,3	11,6	11,2	10,3	9,2	7,3	11,1	17,2	8,4
-	5,7	8,9	5,1	6,0	7,9	3,4	8,0	3,2	4,9	6,2	5,6	8,9	5,2	5,4	6,8	6,0	8,7	3,4
-																		
Cure dentarie																		
-	8,5	8,0	7,4	10,8	7,2	6,3	11,2	12,0	8,1	6,6	8,0	12,9	7,6	8,6	9,2	11,3	9,9	1,9
-	6,3	8,5	5,7	6,8	5,2	3,6	9,6	5,3	6,0	5,2	8,7	8,0	4,5	7,7	5,3	6,7	12,2	4,8
-																		
Ricorso ad accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza magnetica, ecc.)																		
-	6,9	4,5	6,7	7,9	7,2	5,1	8,9	7,5	6,1	8,0	10,8	3,5	9,4	5,7	6,6	8,2	14,6	11,8
-	4,7	5,1	4,8	4,4	6,2	3,3	6,2	3,0	3,8	6,0	4,7	6,7	5,5	4,8	3,8	5,3	3,3	1,5
-																		
Ricorso ad analisi di laboratorio di vario tipo																		
-	5,6	5,4	4,8	7,2	5,9	6,9	4,0	6,6	4,9	4,7	7,7	7,6	4,6	5,7	6,2	7,5	7,7	13,7
-	3,8	6,2	3,6	3,5	6,0	1,1	6,7	4,0	3,0	3,3	4,6	7,7	4,0	3,3	4,8	3,6	4,4	2,9
-																		
Ricorso al medico di base																		
-	3,6	3,1	3,5	4,1	4,6	2,2	5,1	4,6	3,5	3,2	3,4	5,0	2,9	2,5	6,5	4,1	5,3	3,4
-	1,9	3,3	1,6	2,0	2,8	1,1	2,7	3,0	1,5	1,8	2,8	2,4	1,2	2,4	1,7	2,1	1,9	1,5
-																		
Ricorso a ricoveri ospedalieri																		
-	2,1	1,1	1,7	3,3	7,7	2,2	1,2	2,1	2,4	1,0	3,9	2,0	-	2,9	2,9	3,1	2,8	3,3
-	3,8	3,3	4,1	3,2	4,8	2,6	5,0	3,5	2,7	4,8	1,7	8,2	4,5	3,2	4,1	4,5	10,4	4,8
-																		
Accesso al Pronto Soccorso																		
-	2,0	1,4	1,6	3,2	5,8	1,7	1,8	4,8	2,3	0,2	1,5	4,2	0,3	2,3	3,2	2,8	5,3	3,3
-	2,5	2,9	1,9	3,5	5,9	1,2	3,4	2,5	2,9	0,9	4,1	2,7	0,7	3,1	3,0	2,7	0,7	1,5
-																		
Assistenza a domicilio																		
-	1,8	1,1	1,9	2,0	8,1	1,7	1,1	2,2	2,5	0,8	1,3	1,6	-	2,1	3,2	2,7	2,8	-
-	2,8	3,3	2,1	3,9	3,4	2,0	3,5	5,6	2,9	0,9	2,8	4,8	1,3	3,4	3,0	2,9	6,9	3,2
-																		

./.

(Segue) Tab. A9 – Rimandi e/o rinunce alle cure nell'anno 2017 da parte dei care-giver e/o dei membri della relativa famiglia (val. %)

	Livello									
	Numero componenti familiari			socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Ospedale utilizzato
	Totale			Totale			Titolo di studio			
Prestazioni	I componente			2-3 componenti			4 o più componenti			Privato accreditato
	Alto + Medio alto			Medio			Medio basso + Basso			
	Lavoratore autonomo			Operato +			Pensionato			
Ricorso al 118	Casalinga			Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG +			Fino licenza			Diploma media superiore
	Laurea + Dottorato			Laurea breve +			Diploma media superiore			
	Privato accreditato			Privato accreditato			Privato accreditato			
Ricoveri in RSA	Casalinga			Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG +			Fino licenza			Diploma media superiore
	Laurea + Dottorato			Laurea breve +			Diploma media superiore			
	Privato accreditato			Privato accreditato			Privato accreditato			
Altro	Casalinga			Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG +			Fino licenza			Diploma media superiore
	Laurea + Dottorato			Laurea breve +			Diploma media superiore			
	Privato accreditato			Privato accreditato			Privato accreditato			
Fonte: indagine Ermenieu – Studi & Strategie di Sistema, 2017										

Fonte: indagine Ermenetia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B9 – Rimandi e/o rinunce alle cure nell'anno 2017 da parte dei care-giver e/o dei membri della relativa famiglia (val. %)

Prestazioni	Sesso		Età			Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza	
	Totale		Femmina			Maschio				Fino a 20 mila ab.	
			18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre		Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud e isole	Oltre 100 mila ab.
<i>Ricorso a visite specialistiche</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	9,0	8,6	9,2	8,8	9,7	8,3	7,9	7,3	9,6	10,5	9,5
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	5,7	5,0	6,2	7,3	5,6	5,4	4,9	1,9	7,1	7,8	4,7
<i>Cure dentarie</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	8,5	8,7	8,3	10,3	10,3	6,1	9,4	6,5	10,6	7,7	6,9
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	6,3	6,4	6,2	8,6	6,4	5,7	6,2	4,8	6,4	7,2	5,5
<i>Ricorso ad accertamenti diagnostici (es.: RX, TAC, Risonanza magnetica, ecc.)</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	6,9	6,0	7,5	4,4	7,1	7,3	6,4	3,1	7,1	9,4	5,8
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	4,7	4,1	5,2	8,2	4,2	4,5	2,6	2,1	5,8	7,6	5,1
<i>Ricorso ad analisi di laboratorio di vario tipo</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	5,6	4,5	6,4	8,2	6,7	3,7	5,7	2,1	7,3	6,5	4,6
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	3,8	4,5	3,4	5,1	4,0	3,3	2,5	2,0	3,2	6,4	2,9
<i>Ricorso al medico di base</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	3,6	2,8	4,2	4,9	4,5	2,4	2,5	3,4	4,0	4,5	3,1
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	1,9	2,0	1,8	5,8	1,5	1,3	1,6	1,2	0,7	3,3	2,6
<i>Ricorso a ricoveri ospedalieri</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	2,1	2,2	2,1	2,5	3,0	1,1	1,5	1,7	3,0	2,5	1,9
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	3,8	3,3	4,1	6,4	3,5	3,4	3,0	2,7	3,2	5,5	4,4
<i>Accesso al Pronto Soccorso</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	2,0	1,8	2,2	3,4	3,1	0,6	1,4	2,0	2,7	2,3	1,3
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	2,5	2,1	2,7	5,9	2,8	1,2	2,2	2,1	2,4	2,9	2,1
<i>Assistenza a domicilio</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	1,8	2,0	1,7	3,7	2,5	0,7	1,3	1,0	2,8	2,3	1,5
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	2,8	2,3	3,1	6,4	3,0	1,7	2,4	2,7	3,0	3,0	2,6
<i>Ricorso al 118</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	1,7	1,7	1,8	3,3	2,3	0,8	1,5	1,4	3,1	1,3	0,9
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	2,1	1,7	2,4	5,3	2,1	1,3	1,5	2,1	1,5	2,9	2,0
<i>Ricoveri in RSA</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	1,4	1,4	1,4	2,5	2,0	0,6	0,9	1,1	1,6	2,0	1,2
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	2,6	2,0	3,0	5,4	3,1	1,3	2,1	1,8	3,3	3,0	1,9
<i>Altro</i>											
– Ho/Abbiamo dovuto rinviare	1,2	1,0	1,3	1,5	1,5	0,8	1,4	1,1	0,3	1,6	0,9
– Ho/Abbiamo dovuto rinunciare	2,2	1,7	2,6	3,7	3,3	0,8	1,8	2,8	2,6	2,0	2,3

Fonte: Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A10 – Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)

Ragioni	Numero componenti familiari				Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato				Titolo di studio				Ospedale utilizzato			
	Totale																		
	I componente	2-3 componenti	4 o più componenti		Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	
- Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	48,8	53,2	46,2	52,6	18,8	34,5	61,9	64,4	48,2	31,2	56,6	71,8	48,8	52,1	42,1	50,3	51,6	20,9	
- Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	47,6	44,1	49,5	44,8	52,4	54,4	42,3	29,6	45,7	62,8	46,8	31,4	54,1	47,6	40,3	53,0	29,9	60,9	
- Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	16,1	15,0	16,4	15,8	16,6	18,5	14,4	12,0	17,5	21,1	9,5	9,5	17,6	12,4	22,0	14,0	22,5	5,9	
- La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	14,0	14,3	13,4	15,1	25,5	16,2	11,3	17,0	15,3	18,7	5,8	7,0	6,9	13,9	22,0	13,3	32,9	10,9	
- Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	10,0	4,4	12,7	6,4	25,0	9,9	8,6	11,2	12,2	11,4	6,1	3,9	4,5	11,7	12,7	10,5	10,1	18,6	
- Altre difficoltà	3,5	4,4	2,4	5,6	10,1	3,3	3,0	3,7	5,3	-	4,2	4,6	1,2	4,0	5,2	4,0	1,6	6,2	
v.a.	614	58	371	185	35	239	340	32	253	167	75	87	164	302	148	421	30	8	

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

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B10 – Ragioni del rimando e/o della rinuncia alle cure (val. %)

Ragioni	Sesso			Età			Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord- Ovest	Nord- Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.		Oltre 100 mila ab.
											20 mila	100 mila	
– Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	48,8	48,7	48,8	56,5	55,4	39,4	48,3	47,1	59,4	44,8	42,6	55,4	53,5
– Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	47,6	47,4	47,7	41,4	41,5	55,9	50,9	47,4	46,1	46,0	54,8	45,3	36,9
– La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	14,0	16,5	12,4	10,5	10,3	19,0	12,1	6,4	17,3	16,4	9,2	12,6	23,8
– Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	10,0	12,4	8,5	13,2	7,8	11,5	10,9	11,0	11,5	8,4	9,7	10,1	10,4
– Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	16,1	15,7	16,3	6,8	16,9	17,7	11,4	11,5	14,1	21,9	18,0	13,7	15,0
– Altre difficoltà	3,5	2,6	4,1	4,6	5,1	1,5	4,2	8,0	1,3	2,5	3,3	3,3	4,2
v.a.	614	237	378	70	284	260	169	86	113	246	293	157	164

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

Fonte: *indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. A11 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione espresso dal care-giver sui servizi sanitari e socioassistenziali oltre che negli ospedali presenti nella Regione di residenza (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto” e “Poco + Per nulla soddisfatto”) (val. %)

Livello di soddisfazione	Livello socioeconomico dichiarato																	
	Numero componenti familiari			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato								
	Totale			Totale			Totale											
	1 componente			2-3 componenti			4 o più componenti											
	Alto + Medio alto			Medio			Medio basso + Basso											
	Lavoratore autonomo			Lavoratore dip. + Operato			Pensionato											
	Casalinga			Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità			Fino licenza media inferiore											
	Diploma media superiore			Laurea breve + Laurea + Dottorato			Pubblico											
	Privato accreditato			Clinica privata														
Servizi sanitari e socioassistenziali																		
– Molto + Abbastanza soddisfatto	53,6	56,5	54,0	51,7	73,9	62,2	40,6	50,9	56,6	63,4	45,3	27,9	55,9	51,5	55,2	61,1	58,8	34,2
– Poco + Per nulla soddisfatto	32,2	35,2	31,3	33,2	16,7	25,7	42,0	34,4	30,8	26,3	37,3	45,6	26,7	34,1	34,2	30,6	37,3	45,9
– Non saprei esprimere un giudizio	14,2	8,3	14,7	15,1	9,4	12,1	17,4	14,7	12,6	10,3	17,4	26,5	17,4	14,4	10,6	8,3	3,9	19,9
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
v.a.	2.000	186	1.220	594	129	1.001	871	104	950	504	216	226	506	988	506	1.120	67	28
Ospedali della Sua Regione																		
– Molto + Abbastanza soddisfatto	56,1	54,1	57,7	53,9	73,5	63,8	44,8	58,7	60,0	63,1	48,4	30,6	56,3	55,5	57,5	66,8	69,0	34,9
– Poco + Per nulla soddisfatto	30,2	35,8	28,2	32,4	17,2	25,3	37,7	29,6	29,1	24,9	33,7	43,6	26,1	30,7	33,2	28,4	21,8	54,3
– Non saprei esprimere un giudizio	13,7	10,1	14,1	13,7	9,3	10,9	17,5	11,7	10,9	12,0	17,9	25,8	17,6	13,8	9,3	4,8	9,2	10,8
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
v.a.	2.000	186	1.220	594	129	1.001	871	104	950	504	216	226	506	988	506	1.120	67	28

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B11 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione espresso dal care-giver sui servizi sanitari e socioassistenziali oltre che negli ospedali presenti nella Regione di residenza (Giudizi “Molto + Abbastanza soddisfatto” e “Poco + Per nulla soddisfatto”) (val. %)

Livello di soddisfazione	Sesso			Età			Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
<i>Servizi sanitari e socioassistenziali</i>													
– Molto + Abbastanza soddisfatto	53,6	58,0	50,3	44,2	52,3	57,1	71,0	68,4	51,6	30,9	54,0	52,6	53,8
– Poco + Per nulla soddisfatto	32,2	27,6	35,7	36,6	33,6	29,8	16,9	18,0	36,7	51,3	31,0	34,0	32,5
– Non saprei esprimere un giudizio	14,2	14,4	14,0	19,2	14,1	13,1	12,1	13,6	11,7	17,8	15,0	13,4	13,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	382	659	940	570	490
<i>Ospedali della Sua Regione</i>													
– Molto + Abbastanza soddisfatto	56,1	59,8	53,5	44,1	56,8	58,4	74,7	73,2	55,2	30,4	55,8	56,8	56,0
– Poco + Per nulla soddisfatto	30,2	25,6	33,5	37,7	31,8	26,7	15,4	11,9	36,1	50,6	28,2	32,8	31,0
– Non saprei esprimere un giudizio	13,7	14,6	13,0	18,2	11,4	14,9	9,9	14,9	8,7	19,0	16,0	10,4	13,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	2.000	844	1.156	210	914	876	563	396	382	659	940	570	490

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A12 – Eventuali difficoltà affrontate negli ultimi dodici mesi al momento della scelta delle strutture ospedaliere cui rivolgersi per interventi chirurgici e/o per cure, con riferimento ai care-giver come pure ai membri della relativa famiglia (Difficoltà “Molto + Abbastanza Importante”) (val. %)

Difficoltà	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato					
	Totale	I componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo + Operario	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore		Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata
- Aver aspettato troppo a lungo (liste di attesa), poiché non c'era posto al momento del bisogno	54,1	54,0	50,7	61,1	59,8	48,1	60,7	49,2	60,2	40,7	51,0	64,5	39,5	54,7	65,2	53,9	46,7	80,2
- Trovare informazioni affidabili sull'ospedale, sui medici, sui servizi ospedalieri, al fine di poter scegliere la struttura maggiormente appropriata	38,2	37,6	36,3	42,2	48,9	32,7	43,5	45,5	41,7	27,4	39,3	44,1	26,4	40,7	43,7	37,2	41,4	68,0
- 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	37,1	32,9	36,7	39,0	57,2	32,7	39,6	45,1	39,8	27,7	32,6	49,5	26,2	37,0	46,5	36,5	32,7	70,9
- Non aver avuto alcuna informazione dal medico di medicina generale, perché non era in grado di indirizzare il paziente verso l'ospedale più opportuno	32,9	31,1	30,7	37,9	40,0	27,4	38,6	35,6	35,7	24,7	36,4	34,4	26,6	34,8	34,7	32,8	27,2	46,1
- Aver utilizzato conoscenze e relazioni personali per abbreviare l'attesa, per ottenere il ricovero in uno specifico reparto con un medico di fiducia, ecc.	30,2	20,4	29,2	34,9	45,1	25,4	33,9	39,0	32,6	23,1	27,1	36,1	26,2	31,6	31,3	29,5	33,9	50,4
- 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	26,2	19,4	26,7	27,0	40,7	23,2	27,8	29,4	29,0	19,2	26,9	28,2	21,7	26,0	30,2	25,6	25,9	49,3

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. B12 – Eventuali difficoltà affrontate negli ultimi dodici mesi al momento della scelta delle strutture ospedaliere cui rivolgersi per interventi chirurgici e/o per cure, con riferimento ai care-giver come pure ai membri della relativa famiglia (Difficoltà “Molto + Abbastanza Importante”) (val. %)

Difficoltà	Sesso		Età		Ripartizione geografica					Ampiezza Comune di residenza			
	Totale		18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	
	Maschio	Femmina											
- Aver aspettato troppo a lungo (liste di attesa), poiché non c'era posto al momento del bisogno	54,1	51,0	56,3	65,1	60,4	44,0	55,6	47,2	54,4	58,2	50,5	53,1	61,2
- Trovare informazioni affidabili sull'ospedale, sui medici, sui servizi ospedalieri, al fine di poter scegliere la struttura maggiormente appropriata	38,2	37,1	39,0	49,9	43,1	29,7	36,2	29,1	38,3	48,9	37,4	37,1	40,7
- 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	37,1	31,5	41,1	45,4	42,4	29,0	37,9	26,3	38,5	45,0	35,7	35,4	41,4
- Non aver avuto alcuna informazione dal medico di medicina generale, perché non era in grado di indirizzare il paziente verso l'ospedale più opportuno	32,9	30,7	34,4	43,0	36,8	25,8	30,1	27,8	29,5	43,1	33,2	30,1	35,1
- Aver utilizzato conoscenze e relazioni personali per abbreviare l'attesa, per ottenere il ricovero in uno specifico reparto con un medico di fiducia, ecc.	30,2	26,9	32,6	42,5	33,4	23,6	28,3	22,5	29,1	40,4	31,2	29,7	29,3
- 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	26,2	21,5	29,5	34,4	29,1	20,8	24,1	17,5	27,4	35,8	25,9	24,9	28,0

Fonte: Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A13 – Sensazione o meno di essere messi al centro come paziente in occasione delle esperienze ospedaliere maturate negli ultimi dodici mesi dal care-giver, dagli altri membri della famiglia (val. %)

	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	Totale																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Percezione della centralità come paziente	1 componente			2-3 componenti			4 o più componenti			Alto + Medio alto			Medio			Medio basso + Basso			Lavoratore autonomo			Operario			Pensionato			Casalinga			Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità			Fino licenza media inferiore			Diploma media superiore			Laurea breve + Laurea + Dottorato			Pubblico			Privato accreditato			Clinica privata																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B13 – Sensazione o meno di essere messi al centro come paziente in occasione delle esperienze ospedaliere maturate negli ultimi dodici mesi dal care-giver, dagli altri membri della famiglia (val. %)

Percezione della centralità come paziente	Sesso			Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza			
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
- 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.)	16,2	20,0	13,6	9,4	12,5	22,2	15,8	22,7	13,8	12,7	18,2	13,9	15,4
- Entrare nell'ospedale ha dato la sensazione di essere messi al centro dell'attenzione come pazienti talvolta sì e talvolta no	25,0	24,4	25,4	37,2	26,9	19,9	27,8	26,3	21,3	22,7	24,7	24,2	26,2
- Entrare nell'ospedale ha dato la sensazione di essere messi al centro dell'attenzione come pazienti, ma solo appena un po'	16,4	16,3	16,4	20,6	16,4	15,4	16,9	13,8	14,2	19,6	13,0	18,3	20,1
- 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.)	16,0	11,5	19,3	13,8	20,3	11,4	14,3	9,2	19,8	21,7	14,7	16,4	18,0
- Non saprei dare una valutazione in proposito	26,4	27,8	25,3	19,0	23,9	31,1	25,2	28,0	30,9	23,3	29,4	27,2	20,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.215	509	706	114	600	501	389	287	220	318	551	342	321

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A1.4 – La debolezza delle “giunzioni” durante il ricovero nel rapporto con gli operatori e con l’organizzazione ospedaliera (Giudizi “Molto + Abbastanza d’accordo”) (val. %)

Difficoltà	Numero componenti familiari		Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato						
	Totale																	
	1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operario	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	
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.)	57,6	60,2	59,1	53,8	60,5	59,8	54,1	51,3	63,0	50,8	50,3	52,9	46,5	59,1	61,2	57,4	55,2	61,6
- 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.)	57,0	62,4	55,4	58,8	57,0	55,7	58,6	62,1	61,2	45,5	48,0	62,5	37,1	60,5	62,1	53,2	55,9	65,1
- 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	51,9	54,4	52,5	50,2	47,2	50,4	54,9	52,9	54,5	44,2	50,9	54,2	47,8	52,9	52,9	52,6	47,9	56,9
- 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.)	54,0	57,0	53,9	53,4	61,3	55,7	50,7	63,7	57,2	43,6	46,3	59,0	41,0	60,3	51,3	50,0	54,9	59,8

(Segue) Tab. A14 – La debolezza delle “giunzioni” durante il ricovero nel rapporto con gli operatori e con l’organizzazione ospedaliera (Giudizi “Molto + Abbananza d’accordo”) (val. %)

Difficoltà	Numero componenti familiari	Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato							Titolo di studio			Ospedale utilizzato				
		Totale			Professione dell'intervistato							Titolo di studio							
		1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Opero	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore		Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata
- 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.)	55,6	66,0	53,9	56,2	58,7	52,9	58,5	55,9	53,7	55,2	57,4	64,2	55,6	58,4	51,4	54,1	56,7	56,5	
- Si è avuto difficoltà a far accettare eventuali consulti medici all'interno dell'ospedale	21,1	24,0	20,2	22,3	27,3	21,5	19,6	24,2	22,0	15,4	19,9	26,9	16,6	22,3	21,6	21,4	18,3	24,8	
- Si è avuto difficoltà a spostare il paziente in altri ospedali	21,9	15,5	23,7	20,5	27,0	22,8	20,0	22,8	19,8	23,8	23,2	28,1	21,4	19,5	26,1	22,7	16,3	29,0	
- Si è dovuto provvedere alla terapia già in atto prima del ricovero, utilizzando i medicinali portati da casa e non forniti direttamente dall'ospedale	31,9	37,0	32,4	29,5	28,0	28,9	36,6	29,6	31,9	27,9	31,9	40,8	24,7	30,1	38,4	31,4	30,2	35,1	
- Si è dovuto provvedere a trovare i donatori di sangue in vista dell'intervento	17,7	10,3	18,6	17,8	33,5	18,0	14,6	19,2	19,4	8,4	14,4	27,7	7,8	18,1	22,1	18,2	12,1	24,8	
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 informazioni; ecc.)	54,7	64,7	56,7	47,5	49,1	54,1	56,2	58,0	56,2	52,0	51,5	52,0	52,3	55,8	54,1	54,1	56,0	53,6	
- 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.)	27,5	27,5	27,6	27,5	37,8	27,4	26,2	29,4	28,7	26,2	24,4	27,0	15,5	31,4	28,2	28,4	23,8	31,8	

./.

(Segue) Tab. A14 – La debolezza delle “giunzioni” durante il ricovero nel rapporto con gli operatori e con l’organizzazione ospedaliera (Giudizi “Molto + Abbastanza d’accordo”) (val. %)

Difficoltà	Numero componenti familiari				Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato					Titolo di studio					Ospedale utilizzato			
	Totale				1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata
- Non si è rilevato un adeguato rispetto della dignità del malato	40,5	42,6	38,5	43,9	51,6	39,0	40,7	44,5	43,7	36,5	35,2	34,3	32,6	42,8	41,1	40,2	36,6	46,7			
- Si è avuta l'impressione di essere un po' "prigionieri" delle regole riguardanti gli orari di visita da parte dei familiari	33,8	37,0	34,7	30,9	28,6	31,6	37,3	34,4	33,3	33,8	31,4	38,3	23,4	36,9	34,2	35,2	29,6	37,1			
- Si è dovuti per forza andare in giro in pigiama, cosa che fa sentire più malati di quello che in realtà si è	28,3	19,5	29,6	28,3	33,1	28,6	27,3	29,7	29,1	27,8	21,9	31,5	22,4	28,9	30,6	28,6	25,5	31,9			
- 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.)	31,4	31,2	32,7	28,8	33,9	31,5	30,8	32,5	30,5	30,4	30,2	38,3	27,0	31,6	33,4	34,7	24,9	35,2			
- 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)	34,1	37,0	34,0	33,4	33,2	32,8	35,9	45,9	34,0	29,3	33,5	37,9	33,4	34,0	34,6	35,3	29,7	38,4			
- Non c'è stata un'adeguata qualità nella tenuta quotidiana della stanza che ospita il paziente (pulizia, cambio della biancheria, aerazione, riscaldamento, raffreddamento, ecc.)	24,0	29,5	24,4	21,7	41,7	20,5	25,7	29,0	25,6	13,7	26,3	30,2	16,4	25,3	26,0	22,5	21,5	30,3			
- Si è stati collocati provvisoriamente sui lettini in corridoio (e non per poco tempo), in attesa che si liberasse un posto nel reparto	26,2	18,8	27,0	26,8	33,3	26,7	24,6	24,3	25,2	26,1	27,8	31,1	22,6	24,4	31,0	27,9	21,2	30,7			
- Si è dovuto provvedere in proprio alla fornitura della biancheria, perché non c'era o era inadeguata	19,7	14,5	20,6	19,0	29,7	21,3	15,8	26,8	22,2	9,2	16,1	24,9	8,6	20,9	23,6	18,7	16,9	25,3			

Fonte: *Indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

(Segue) Tab. B14 – La debolezza delle “giunzioni” durante il ricovero nel rapporto con gli operatori e con l’organizzazione ospedaliera (Giudizi “Molto + Abbastanza d’accordo”) (val. %)

Difficoltà	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza				
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord- Ovest	Nord- Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
- Si è dovuto provvedere alla terapia già in atto prima del ricovero, utilizzando i medicinali portati da casa e non forniti direttamente dall'ospedale	31,9	26,3	35,3	32,6	34,1	28,0	27,1	30,3	42,0	32,3	31,7	31,0	33,2
- Si è dovuto provvedere a trovare i donatori di sangue in vista dell'intervento	17,7	16,2	18,5	18,8	22,4	9,4	14,3	16,3	22,3	19,6	15,2	20,3	18,4
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 informazioni; ecc.)	54,7	51,1	56,8	60,0	54,8	52,5	49,9	52,7	55,3	60,8	56,3	53,5	53,3
- 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.)	27,5	27,5	27,6	24,1	30,1	24,6	27,2	19,5	32,6	30,6	22,7	29,0	33,0
- Non si è rilevato un adeguato rispetto della dignità del malato	40,5	39,5	41,1	45,9	41,7	36,8	36,2	35,6	43,0	47,3	40,1	40,8	40,7
- Si è avuta l'impressione di essere un po' "prigionieri" delle regole riguardanti gli orari di visita da parte dei familiari	33,8	35,8	32,4	36,5	34,7	31,3	33,1	25,8	37,9	37,6	31,3	28,7	42,0
- Si è dovuti per forza andare in giro in pigiama, cosa che fa sentire più malati di quello che in realtà si è	28,3	28,5	28,2	23,5	31,9	24,3	28,3	17,6	32,2	33,6	21,7	32,0	34,1
- 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.)	31,4	27,7	33,7	22,8	36,2	26,6	28,8	21,6	33,6	39,8	30,2	30,3	34,2
- 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)	34,1	31,4	35,8	27,2	37,0	31,8	28,4	26,8	37,3	43,9	34,1	32,5	35,5

./.

(Segue) Tab. B14 – La debolezza delle “giunzioni” durante il ricovero nel rapporto con gli operatori e con l’organizzazione ospedaliera (Giudizi “Molto + Abbastanza d’accordo”) (val. %)

Difficoltà	Sesso			Età		Ripartizione geografica					Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
- Non c'è stata un'adeguata qualità nella tenuta quotidiana della stanza che ospita il paziente (pulizia, cambio della biancheria, aerazione, riscaldamento, raffreddamento, ecc.)	24,0	21,3	25,7	25,5	28,4	16,3	17,1	21,3	29,7	30,2	22,7	25,7	24,3
- Si è stati collocati provvisoriamente sui lettini in corridoio (e non per poco tempo), in attesa che si liberasse un posto nel reparto	26,2	25,0	27,0	21,5	29,3	22,9	23,1	23,5	35,8	25,9	21,3	24,9	34,4
- Si è dovuto provvedere in proprio alla fornitura della biancheria, perché non c'era o era inadeguata	19,7	20,8	18,9	27,3	24,2	9,6	17,6	13,3	19,0	26,9	18,9	19,2	21,1

Fonte: *Indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. A15 – *Eventuali difficoltà al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento e/o la degenza per ragioni di cura da parte del care-giver, dagli altri membri della famiglia (Giudizi "Molto + Abbastanza importante") (val. %)*

	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato				
	Totale																
	1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operario	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata
Eventuali difficoltà																	
DIFFICOLTÀ DI TIPO ORGANIZZATIVO																	
-	I tempi per ottenere la copia della cartella clinica sono stati lunghi (o lunghissimi): si è rischiato di iniziare cure specifiche troppo tardi																
-	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																
-	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)																
-	Il collegamento col medico di base si è rivelato non appropriato e/o inesistente																
DIFFICOLTÀ SUL PIANO DELLA CONTINUITÀ SANITARIO-RIABILITATIVA																	
-	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																
-	Le dimissioni sono state troppo rapide e il paziente non era ancora sufficientemente in forze																

./.

(Segue) Tab. A15 – Eventuali difficoltà al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento e/o la degenza per ragioni di cura da parte del care-giver, dagli altri membri della famiglia (Giudizi "Molto + Abbastanza importante") (val. %)

	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato					
	Totale																	
	1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operato	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea breve + Laureata + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata	
Eventuali difficoltà																		
	28,9	35,7	27,0	31,0	32,3	27,0	30,8	32,7	28,6	25,1	34,5	32,2	21,1	29,5	34,6	27,4	25,4	37,0
	25,6	21,4	23,9	30,4	37,7	22,4	27,8	33,7	26,7	20,7	22,9	32,5	18,0	24,6	33,8	21,3	24,6	35,7
	21,2	23,0	20,3	22,5	35,7	18,9	22,0	25,2	25,2	13,3	19,7	21,4	12,2	22,9	25,9	19,9	18,5	27,8
	– 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 – Le strutture di riabilitazione post-ricovero non si sono rivelate adeguate rispetto all'intervento chirurgico subito e/o alle cure precedentemente avute in ospedale – 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.)																	

./.

(Segue) Tab. A15 – Eventuali difficoltà al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento e/o la degenza per ragioni di cura da parte del care-giver, dagli altri membri della famiglia (Giudizi "Molto + Abbastanza importante") (val. %)

	Numero componenti familiari		Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio					Ospedale utilizzato				
	Totale																	
	1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio + Medio basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operario	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea breve + Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata		
Eventuali difficoltà	33,7	37,8	32,2	35,9	41,3	28,7	38,9	41,8	35,6	26,8	32,9	39,7	28,5	33,8	38,1	29,4	33,5	42,9
	37,4	44,6	36,2	38,1	41,3	36,0	38,6	42,0	40,3	31,7	35,0	37,3	28,5	37,4	45,2	34,1	36,7	45,1
	34,4	39,4	32,5	37,1	39,7	31,1	37,7	43,5	37,4	27,2	36,4	30,4	29,4	35,1	37,2	32,3	32,4	41,5

Fonte: *Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. B15 – *Eventuali difficoltà al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento e/o la degenza per ragioni di cura da parte del care-giver, dagli altri membri della famiglia (Giudizi "Molto + Abbastanza importante") (val. %)*

Eventuali difficoltà	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza				
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
DIFFICOLTÀ DI TIPO ORGANIZZATIVO													
- I tempi per ottenere la copia della cartella clinica sono stati lunghi (o lunghissimi): si è rischiato di iniziare cure specifiche troppo tardi	27,2	28,2	26,6	35,2	31,8	20,0	24,8	16,1	35,7	34,5	25,7	26,7	30,4
- 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	20,9	19,9	21,4	33,3	24,3	13,7	20,2	13,6	24,3	25,7	21,5	22,0	18,3
- 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)	23,2	21,8	24,2	25,4	27,6	17,4	20,3	15,9	25,2	32,0	23,8	20,8	24,6
- Il collegamento col medico di base si è rivelato non appropriato e/o inesistente	31,1	30,1	31,9	43,0	34,5	24,5	28,3	19,8	34,3	42,7	31,0	31,0	31,7
DIFFICOLTÀ SUL PIANO DELLA CONTINUITÀ SANITARIO-RIABILITATIVA													
- 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	23,5	20,1	25,9	33,6	28,3	15,4	22,4	17,6	25,2	28,8	25,5	22,4	21,1
- Le dimissioni sono state troppo rapide e il paziente non era ancora sufficientemente in forze	30,5	28,2	32,3	41,7	34,1	23,8	28,8	24,0	36,4	34,5	30,3	31,3	30,2
- 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	28,9	25,1	31,7	33,5	31,9	24,3	27,7	19,6	35,4	34,3	28,0	29,6	30,0
- Le strutture di riabilitazione post-ricovero non si sono rivelate adeguate rispetto all'intervento chirurgico subito e/o alle cure precedentemente avute in ospedale	25,6	24,9	26,2	35,0	27,4	21,4	22,9	20,6	24,6	34,3	26,2	25,0	25,3

./.

(Segue) Tab. B15 – *Eventuali difficoltà al momento delle dimissioni dalle strutture ospedaliere dopo l'intervento e/o la degenza per ragioni di cura da parte del care-giver, dagli altri membri della famiglia (Giudizi "Molto + Abbastanza importante") (val. %)*

Eventuali difficoltà	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza			
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	Oltre 20 mila ab.
- 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.)	21,2	18,9	22,9	24,2	27,2	13,4	18,5	14,6	24,2	28,5	20,8	21,1
DIFFICOLTÀ DI TIPO INFORMATIVO/ORIENTATIVO												
- 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.)	33,7	33,0	34,3	43,8	36,9	27,7	32,0	22,9	35,2	44,7	35,8	31,1
- Manca un registro 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.	37,4	34,2	39,7	39,5	41,6	31,9	35,8	26,4	41,2	46,8	36,6	39,7
- 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	34,4	31,2	36,7	43,2	37,2	29,0	32,2	24,7	36,1	44,5	35,5	33,8
												33,1

Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. A.16 – Modalità con cui si sono superate le eventuali difficoltà incontrate dal care-giver e/o dagli altri appartenenti alla famiglia (Modalità “Molto + Abbastanza importante”) (val. %)

	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato				
	Totale																
Modalità di superamento	1 componente	2-3 componenti	4 o più componenti	Alto + Medio alto	Medio	Medio basso + Basso	Lavoratore autonomo	Lavoratore dip. + Operario	Pensionato	Casalinga	Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità	Fino licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea + Dottorato	Pubblico	Privato accreditato	Clinica privata
- Attraverso la buona volontà e la disponibilità del personale medico	45,4	31,7	46,9	45,4	56,5	43,2	46,1	45,0	45,0	51,0	47,9	41,9	44,1	50,2	48,1	45,5	39,2
- Attraverso la buona volontà e la disponibilità del personale infermieristico	43,2	29,6	44,7	43,9	46,2	42,0	44,4	46,4	43,9	41,4	47,1	42,3	41,3	47,5	43,0	45,5	40,4
- Attraverso il consiglio e/o l'aiuto ricevuto da parenti, amici e conoscenti grazie ad analoghe esperienze da questi maturate in precedenza	31,5	29,6	31,4	32,3	36,9	30,0	32,6	36,7	34,3	22,0	38,9	31,2	20,1	32,6	28,9	32,7	35,0
- Attraverso le conoscenze e le relazioni personali (tramite presentazioni, raccomandazioni, ecc.) che hanno permesso di superare le procedure esistenti e le lentezze operative	25,9	13,4	25,3	30,7	35,5	24,1	26,9	30,3	28,3	14,8	32,9	34,4	13,0	27,2	25,8	24,3	29,0
- Attraverso l'utilizzo delle attività di volontariato sociosanitario e socioassistenziale	18,9	11,2	18,6	21,9	32,9	17,0	19,3	22,2	20,7	15,2	21,2	15,7	20,3	18,5	19,7	17,7	19,4
- Attraverso l'aiuto di associazioni di difesa del malato	15,0	6,4	15,9	15,4	27,1	14,3	13,9	15,5	17,0	9,4	16,0	17,5	12,5	14,9	13,8	14,9	17,4

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B16 – Modalità con cui si sono superate le eventuali difficoltà incontrate dal care-giver e/o dagli altri appartenenti alla famiglia (Modalità “Molto + Abbastanza importante”) (val. %)

Modalità di superamento	Sesso		Età			Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza		
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	Oltre 20-100 mila ab.
- Attraverso la buona volontà e la disponibilità del personale medico	45,4	41,5	47,9	48,7	46,6	42,8	45,1	39,8	48,9	47,9	43,2	42,4
- Attraverso la buona volontà e la disponibilità del personale infermieristico	43,2	40,5	45,2	44,8	44,8	41,0	43,2	37,1	47,3	46,1	43,0	36,5
- Attraverso il consiglio e/o l'aiuto ricevuto da parenti, amici e conoscenti grazie ad analoghe esperienze da questi maturate in precedenza	31,5	25,0	36,1	42,6	35,4	24,3	33,8	23,4	33,3	34,9	30,3	31,0
- Attraverso le conoscenze e le relazioni personali (tramite presentazioni, raccomandazioni, ecc.) che hanno permesso di superare le procedure e-sistenti e le lentezze operative	25,9	21,6	29,1	33,1	30,2	19,3	26,8	19,3	22,8	33,2	23,7	26,8
- Attraverso l'utilizzo delle attività di volontariato sociosanitario e socioassistenziale	18,9	18,1	19,7	18,9	23,2	14,0	17,6	14,6	21,2	23,0	19,2	17,3
- Attraverso l'aiuto di associazioni di difesa del malato	15,0	12,7	16,5	21,7	17,8	10,1	15,6	10,6	16,5	17,1	13,1	14,4
- Altro	6,1	5,3	6,7	10,0	7,2	4,0	3,9	5,9	7,1	8,5	5,7	4,6

Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. A17 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione complessivo qualora siano state effettivamente utilizzate negli ultimi dodici mesi delle strutture ospedaliere pubbliche, private accreditate oppure cliniche private con riferimento al care-giver e/o ai membri della relativa famiglia (val.%)

Livello di soddisfazione	Livello socioeconomico dichiarato										Professione dell'intervistato					Titolo di studio			Ospedale utilizzato																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Numero componenti familiari			socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato				Professione dell'intervistato			Titolo di studio																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	Totale			Alto + Medio alto			Medio			Medio basso + Basso			Lavoratore dip. + Operario				Pensionato			Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità			Fino licenza media inferiore			Diploma media superiore			Laurea breve + Laurea + Dottorato			Pubblico			Privato accreditato			Clinica privata																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Livello di soddisfazione	I componente			2-3 componenti			4 o più componenti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

Fonte: Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B17 – Livello di soddisfazione/insoddisfazione complessivo qualora siano state effettivamente utilizzate negli ultimi dodici mesi delle strutture ospedaliere pubbliche, private accreditate oppure cliniche private con riferimento al care-giver e/o ai membri della relativa famiglia (val. %)

Livello di soddisfazione	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza	
	Totale		18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.
	Maschio	Femmina								20-100 mila ab.
<i>Ospedali pubblici</i>										
– Molto + Abbastanza soddisfatto	64,5	70,0	61,2	63,0	67,2	73,3	76,4	66,3	41,0	62,7
– Poco + Per nulla soddisfatto	27,8	22,7	31,3	32,0	21,7	19,3	16,6	28,5	48,5	27,7
– Non saprei esprimere un giudizio	7,7	7,3	7,5	5,0	11,1	7,4	7,0	5,2	10,5	9,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	1.120	461	659	560	450	358	271	202	289	517
<i>Ospedali privati accreditati</i>										
– Molto + Abbastanza soddisfatto	69,6	71,6	70,7	69,5	69,3	76,8	71,9	65,4	57,9	68,7
– Poco + Per nulla soddisfatto	18,6	17,0	24,5	19,6	15,7	12,1	13,9	17,8	34,4	15,9
– Non saprei esprimere un giudizio	11,8	11,4	4,8	10,9	15,0	11,1	14,2	16,8	7,7	15,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	548	229	319	59	213	212	132	73	130	255
<i>Clinica privata</i>										
– Molto + Abbastanza soddisfatto	69,9	77,6	75,4	73,4	62,4	72,7	81,0	62,8	59,8	67,1
– Poco + Per nulla soddisfatto	12,3	12,4	12,2	12,3	9,5	10,5	7,7	14,5	17,7	11,8
– Non saprei esprimere un giudizio	17,8	10,0	22,6	14,3	28,1	16,8	11,3	22,7	22,5	21,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	272	103	169	33	91	74	76	59	62	117

Fonte: Indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. A19 – Eventuale ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte del care-giver e/o della famiglia, a seguito di eventuali disagi derivanti dall'accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche e dalla relativa qualità di tali servizi (val. %)

Eventuale ricorso	Numero componenti familiari			Livello socioeconomico dichiarato			Professione dell'intervistato			Titolo di studio			Ospedale utilizzato			
	Totale			Medio			Lavoratore autonomo			Fino licenza media inferiore			Pubblico			
	2-3 componenti			Medio + Medio basso + Basso			Lavoratore dip. + Operario			Disocc. + In cerca di lavoro + In CIG + In mobilità			Diploma media superiore			

Tab. B19 – Eventuale ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte del care-giver e/o della famiglia, a seguito di eventuali disagi derivanti dall'accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche e dalla

Eventuale ricorso	Sesso		Età		Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza					
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord- Ovest	Nord- Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.	
Ricorso ad ospedali privati convenzionati														
- Sì	41,3	41,1	41,5	42,8	42,4	39,7	48,7	36,5	35,4	40,8	42,5	36,4	44,6	
- No	58,7	58,9	58,5	57,2	57,6	60,3	51,3	63,5	64,6	59,2	57,5	63,6	55,4	
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.	1.215	509	706	114	600	501	389	287	220	318	551	342	321	
Ricorso a cliniche private a pagamento														
- Sì	19,2	16,9	20,9	24,7	22,8	13,6	17,7	21,6	23,2	16,0	17,5	18,9	22,5	
- No	80,8	83,1	79,1	75,3	77,2	86,4	82,3	78,4	76,8	84,0	82,5	81,1	77,5	
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.	1.215	509	706	114	600	501	389	287	220	318	551	342	321	

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C19 – Eventuale ricorso ad ospedali privati accreditati o a cliniche private a pagamento da parte del care-giver e/o della famiglia, a seguito di eventuali disagi derivanti dall'accesso ai servizi forniti dalle strutture ospedaliere pubbliche e dalla

Eventuale ricorso	Valutazione servizi sanitario e socioassistenziali regionali										Soddisfazione utilizzatori ospedali pubblici		Soddisfazione utilizzatori ospedali accreditati		Soddisfazione utilizzatori cliniche private		Molto Poco + Abbast. nulla		Per + Abbast. nulla		Ospedali Cliniche private		Rimandi + Rinunce		Nessun ricorso	
	Molto Poco + Abbast.		Nessun giudizio		Molto Poco + Abbast.		Per + Abbast. nulla		Per + Abbast. nulla		Per + Abbast. nulla		Per + Abbast. nulla		Per + Abbast. nulla		Per + Abbast. nulla		Per + Abbast. nulla		Per + Abbast. nulla					
Totale																										
Ricorso ad ospedali privati convenzionati																										
- Si	41,3	40,1	46,7	29,8	37,1	48,9	71,8	65,7	53,2	63,2	100,0	70,3	50,4	37,9	31,9											
- No	58,7	59,9	53,3	70,2	62,9	51,1	28,2	34,3	46,8	36,8	-	29,7	49,6	62,1	68,1											
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											
v.a.	1.215	733	380	101	722	312	381	102	190	33	338	233	399	686	130											
Ricorso a cliniche private a pagamento																										
- Si	19,2	16,2	24,6	20,6	14,2	26,6	23,2	32,9	64,7	65,8	-	100,0	24,6	16,2	18,4											
- No	80,8	83,8	75,4	79,4	85,8	73,4	76,8	67,1	35,3	34,2	100,0	-	75,4	83,8	81,6											
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0											
v.a.	1.215	733	380	101	722	312	381	102	190	33	338	233	399	686	130											

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. 420 – Ragioni del ricorso da parte del care-giver o dei membri della relativa famiglia ristretta e/o allargata ad ospedali privati accreditati (val. %)

Ragioni	Livello socioeconomico dichiarato										Professione dell'intervistato					Titolo di studio					Ospedale utilizzato	
	Numero componenti familiari			socioeconomico dichiarato																		
	Totale																					

Tab. B20 – Ragioni del ricorso da parte del care-giver o dei membri della relativa famiglia ristretta e/o allargata ad ospedali privati accreditati (val. %)

Ragioni	Sesso		Età			Ripartizione geografica			Ampiezza Comune di residenza		
	Totale		18-34 anni			Nord- Nord-Est Ovest			Fino a 20 mila ab.		
	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord- Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
– Minore attesa per le prestazioni	44,6	42,2	46,3	54,9	45,5	48,3	48,2	49,7	33,2	40,1	51,6
– La maggior fiducia nell'ospedale convenzionato e nei medici che vi operano	29,3	27,8	30,4	35,7	35,8	33,1	16,5	29,1	34,2	32,6	30,6
– La necessità di affrontare un'attesa troppo lunga per avere accesso all'ospedale pubblico	24,0	18,0	28,2	23,7	24,3	27,9	14,9	31,8	21,0	21,4	34,3
– La vicinanza dell'ospedale a casa	21,8	21,3	22,2	20,3	22,0	22,9	27,3	20,7	16,5	19,3	16,7
– Il frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia	19,9	12,6	25,1	23,2	18,4	22,0	8,1	19,1	26,8	23,7	16,6
– Il consiglio di parenti, amici e conoscenti	12,2	9,8	13,9	19,2	8,0	16,3	8,9	8,2	11,2	14,4	10,1
– Una certa sfiducia nell'ospitalità pubblica	9,2	6,3	11,2	2,2	8,4	8,4	6,8	0,3	17,5	12,9	6,7
– La progressiva riduzione dei posti letto negli ospedali pubblici	8,7	7,2	9,8	4,4	5,7	7,6	6,0	12,4	10,3	6,9	6,6
– La chiusura degli ospedali pubblici sul territorio	6,5	10,8	3,4	-	8,2	0,6	7,1	11,7	11,5	6,2	5,6
– La tradizione di famiglia	6,2	5,7	6,6	14,6	3,6	5,5	8,0	6,0	5,8	5,7	3,4
– L'invio del paziente ad un ospedale convenzionato da parte dello stesso ospedale pubblico	5,4	5,2	5,5	10,3	6,7	3,0	7,8	7,1	5,9	4,0	3,8
– Le condizioni di degenza dei pazienti non particolarmente appropriate nella realtà pubblica	4,7	5,3	4,3	3,4	5,0	3,9	0,7	12,6	4,4	2,7	7,5
– Altro	4,1	7,0	1,9	0,3	3,3	6,7	4,9	1,6	1,0	4,2	5,3
v.a.	502	209	293	49	254	199	105	78	130	234	124

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

Fonte: indagine Ermeneta – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. C20 – Ragioni del ricorso da parte dei membri della relativa famiglia ristretta e/o allargata ad ospedali privati accreditati (val. %)

Ragioni	Valutazione servizi sanitario e socioassistenziali regionali			Soddisfazione utilizzatori ospedali pubblici			Soddisfazione utilizzatori ospedali accreditati			Soddisfazione utilizzatori cliniche private			Ricorso ad ospedali accreditati per disagio in ospedali pubblici			Prestazioni sanitarie e assistenziali nel 2017		
	Molto Poco +			Molto Poco +			Molto Poco +			Molto Poco +			Molto Poco +			Rimandi Ricorso Nessun		
	Abbast.	Per giudizio	nessun	Abbast.	Per giudizio	nessun	Abbast.	Per giudizio	nessun	Abbast.	Per giudizio	nessun	Abbast.	Per giudizio	nessun	Rinunce	+	ricorso
Totale	44,6	44,7	42,9	53,5	49,2	40,1	48,5	40,7	50,2	45,9	44,0	45,8	46,8	45,4	29,1			
– Minore attesa per le prestazioni	29,3	26,5	33,0	35,0	19,6	34,7	34,4	23,4	24,3	13,8	29,8	28,2	28,2	31,7	19,8			
– La maggior fiducia nell'ospedale convenzionato e nei medici che vi operano	24,0	21,9	30,2	7,9	22,1	26,6	23,4	24,9	31,9	20,5	20,5	31,2	24,8	23,2	24,7			
– La necessità di affrontare un'attesa troppo lunga per avere accesso all'ospedale pubblico	21,8	25,6	16,9	14,4	27,7	16,6	25,6	26,7	21,3	15,6	23,2	19,1	20,2	23,2	21,0			
– La vicinanza dell'ospedale a casa	19,9	17,0	23,8	24,3	15,3	27,2	17,1	12,9	20,9	12,4	17,0	25,9	18,1	22,4	12,5			
– Il frutto di una scelta attenta e ponderata effettuata in famiglia	12,2	14,6	7,1	18,6	13,7	4,9	13,3	5,6	10,2	-	12,1	12,4	12,6	11,0	18,0			
– Il consiglio di parenti, amici e conoscenti	9,2	3,7	17,0	16,3	2,7	19,0	5,8	20,7	9,2	3,2	9,6	8,3	13,5	5,3	12,2			
– Una certa sfiducia nell'ospitalità pubblica	8,7	7,1	12,8	-	4,1	12,2	5,0	17,9	10,4	19,4	5,4	15,5	9,2	9,5	1,8			
– La progressiva riduzione dei posti letto negli ospedali pubblici	6,5	3,8	11,7	1,7	4,9	11,5	3,5	8,8	6,6	3,1	5,6	8,2	11,8	3,2	1,6			
– La chiusura degli ospedali pubblici sul territorio	6,2	7,8	3,8	4,5	7,9	3,4	6,6	10,0	9,5	17,3	5,6	7,4	9,6	4,1	3,1			
– La tradizione di famiglia	5,4	7,3	2,4	4,8	8,1	2,2	5,5	4,9	9,1	2,2	5,3	5,5	4,8	5,0	10,8			
– L'invio del paziente ad un ospedale convenzionato da parte dello stesso ospedale pubblico	4,7	4,6	4,5	7,4	4,0	3,4	5,2	6,4	9,6	1,9	3,1	8,1	7,4	3,4	-			
– Le condizioni di degenza dei pazienti non particolarmente appropriate nella realtà pubblica	4,1	5,8	1,4	3,4	4,7	2,6	4,2	1,8	2,1	-	5,9	0,3	0,6	6,7	4,0			
– Altro	502	294	178	30	268	152	274	67	101	21	338	164	201	260	41			
– v.a.																		

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

Fonte: indagine Ermenewa – Studi & Strategie di Sistema, 2017

Tab. B21 – Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del care-giver e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni 2016 e 2017 (val. %)

Risposta	Sesso		Età			Ripartizione geografica				Ampiezza Comune di residenza			
	Totale	Maschio	Femmina	18-34 anni	35-54 anni	55 anni e oltre	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Fino a 20 mila ab.	20-100 mila ab.	Oltre 100 mila ab.
CARE-GIVER ORIENTATI A FARE CONCRETAMENTE L'ESPERIENZA													
- Sì, abbiamo fatto ricorso per una o più persone appartenenti alla famiglia	9,9	10,4	9,4	13,4	10,4	8,4	7,6	7,2	8,2	16,1	11,1	9,5	8,2
- Sì, volevamo fare ricorso, ma poi abbiamo rinunciato perché la lista di attesa era troppo lunga	2,4	3,3	1,7	4,3	3,2	1,0	1,6	2,4	0,5	4,7	2,8	2,1	2,1
- Sì, volevamo fare ricorso, ma la ASL non ci ha dato l'autorizzazione	0,7	0,9	0,6	3,8	0,7	0,0	1,1	0,2	0,5	0,9	0,8	0,3	1,1
- No, non abbiamo fatto ricorso perché c'era un problema relativo alle spese che avremmo dovuto sostenere come accompagnatori per assistere il paziente	3,0	2,3	3,4	3,4	3,4	2,3	2,9	2,1	2,9	3,9	2,2	3,1	4,2
CARE-GIVER 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	11,1	12,5	10,2	8,8	11,4	11,3	11,5	11,5	12,3	9,6	11,8	10,2	10,9
- No, non abbiamo fatto ricorso, ma se dovessimo affrontare un problema serio di salute valuteremmo certamente anche l'opportunità di rivolgerci a strutture ospedaliere fuori Regione	19,4	22,4	17,2	14,2	18,9	21,1	17,2	21,5	22,6	18,0	19,1	20,7	18,5
CARE-GIVER CHE NON SI SONO POSTI IL PROBLEMA													
- No, non abbiamo fatto ricorso perché gli ospedali presenti nel Comune, nella Provincia e nella Regione di residenza erano sufficientemente adeguati alle nostre necessità	34,6	31,7	36,8	28,7	31,5	39,7	42,3	36,2	31,0	26,3	36,0	33,8	33,1
- 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	16,6	14,8	17,9	24,7	18,7	12,3	14,0	15,2	17,3	20,6	16,6	14,4	19,1
- Altro	2,7	2,6	2,8	0,1	2,0	4,1	2,3	3,7	5,2	0,7	0,5	6,2	2,8
v.a.	1.215	509	706	114	600	501	389	287	220	318	551	342	321

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

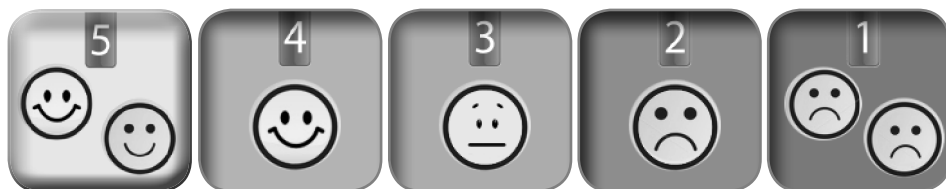
Fonte: *Indagine Ermenieia – Studi & Strategie di Sistema, 2017*

Tab. C21 – Ricorso negli ultimi dodici mesi per cure e/o interventi chirurgici in strutture ospedaliere presenti in altre Regioni italiane rispetto a quella di residenza da parte del care-giver e/o di altri componenti della famiglia, con riferimento agli anni 2016 e 2017 (val. %)

Risposta	Valutazione servizi sanitario e socioassistenziali regionali															Soddisfazione utilizzatori ospedali pubblici					Soddisfazione utilizzatori ospedali accreditati					Soddisfazione utilizzatori cliniche private					Molto Poco + Ospedali Poco + Per +				

J.

QUESTO LIBRO TI È PIACIUTO?



Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



Seguici in rete



Sottoscrivi
i nostri feed RSS



Iscriviti
alle nostre newsletter

FrancoAngeli

VAI SU: www.francoangeli.it

**PER SCARICARE (GRATUITAMENTE)
I CATALOGHI DELLE NOSTRE PUBBLICAZIONI
DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI:
PER FACILITARE LE TUE RICERCHE.**

Management & Marketing
Psicologia e psicoterapia
Didattica, scienze della formazione
Architettura, design, territorio
Economia
Filosofia, letteratura, linguistica, storia
Sociologia
Comunicazione e media
Politica, diritto
Antropologia
Politiche e servizi sociali
Medicina
Psicologia, benessere, auto aiuto
Efficacia personale, nuovi lavori



FrancoAngeli

Anche quest'anno il **Rapporto Ospedali & Salute/2017** dà conto dell'andamento del sistema ospedaliero del nostro Paese, che si presenta come una realtà più che consistente: 1.100 istituti di cura, 200.000 posti letto, 8,9 milioni di ricoveri, più di 630.000 addetti e una spesa complessiva di 62,3 miliardi di euro, pari al 55,3% della spesa sanitaria pubblica totale.

Si è dunque in presenza di una "macchina" complessa, da un lato e di un mondo altrettanto complesso di utenti che ricevono le varie prestazioni, dall'altro. Per queste ragioni il Rapporto prende in considerazione entrambe le componenti.

Quest'anno si sono analizzati innanzitutto utenti e *care-giver*, impegnati ad affrontare una somma di debolezze crescenti nel tempo, che fanno capo alle prestazioni pubbliche e a mettere in atto delle strategie di reazione conseguenti. Esse sono costituite dalla ricerca di alternative nel privato accreditato (e non), dal ricorso ad ospedali fuori Regione, dall'uso improprio del Pronto Soccorso in funzione del ricovero e dalla spesa *out-of-pocket* da parte delle famiglie. Di quest'ultima in particolare sono state individuate le singole tipologie che la costituiscono (siano esse di tipo sanitario o assistenziale) e le ragioni che spingono le famiglie stesse ad investire delle risorse proprie. Mentre, in parallelo, sono stati analizzati i bilanci delle Aziende Ospedaliere, individuandone alcune "anomalie" che possono nascondere forme improprie di ripianamento di bilancio: il che non va certo nella direzione di una rendicontazione trasparente e confrontabile – come peraltro prevederebbe la normativa vigente – che aiuti a gestire meglio le (misurate) risorse pubbliche in funzione di un migliore servizio rivolto agli utenti.

Il Paese ha bisogno di difendere in concreto il principio universalistico e solidale su cui si basa il Sistema Sanitario Nazionale, ma proprio per questo è assolutamente necessario valorizzare nella maniera più opportuna le risorse economiche di cui si dispone per mettere in equilibrio, nel miglior modo possibile, le esigenze dei pazienti, da un lato e l'efficienza/efficacia delle strutture e delle prestazioni, dall'altro.

Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema è una società specializzata che si occupa di analisi e di consulenza per le associazioni di rappresentanza degli interessi e per i soggetti pubblici e privati, ivi compresi quelli del settore dei servizi destinati alla salute, che sono impegnati a ridisegnare la loro presenza e il loro modo di operare nell'ambito dello sviluppo del Paese.

Aiop – Associazione Italiana Ospedalità Privata è un'associazione di categoria che rappresenta gli ospedali e le case di cura private, accreditate e non, presenti in tutte le Regioni italiane, le quali occupano quasi 70 mila addetti e con l'11% degli operatori dell'intero sistema si prendono cura del 15% dei pazienti.