

# Presentazione del 16° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2018”

Sintesi per la stampa

**Embargo: ore 11:00 di mercoledì 16 gennaio**

Il giorno 16 gennaio 2019, alle ore 10:00, presso il Senato della Repubblica –Sala Capitolare del Chiostro del Convento di Santa Maria Sopra Minerva, Piazza della Minerva 38, Roma, viene presentato il 16° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2018”, promosso dall’AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata e realizzato dalla società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma (sotto la direzione di Nadio Delai).

Anche quest’anno il Rapporto fa il punto sull’andamento del sistema ospedaliero del Paese, individuando i più importanti processi in corso, concernenti innanzitutto gli utenti e i cittadini, e quindi la tenuta media delle prestazioni (insieme alle differenze territoriali esistenti) nonché l’efficienza/inefficienza della “macchina” ospedaliera pubblica.

Per quanto riguarda cittadini e utenti l’accento è stato posto sui fenomeni afferenti alle liste di attesa, da un lato e su quelli riguardanti l’accesso al Pronto Soccorso, dall’altro. A tale proposito sono state realizzate tre indagini parallele, condotte rispettivamente su un campione rappresentativo nazionale di popolazione adulta, su un campione “rafforzato” di quest’ultima che ha effettivamente sperimentato le liste di attesa e/o il Pronto Soccorso durante gli ultimi dodici mesi a cui si è affiancato un campione rappresentativo di *care-giver*.

*I risultati nel loro complesso danno l’idea di un popolo in attesa che vive (e valuta), su un piano concreto di grandi numeri, due punti particolarmente “caldi” del Servizio Sanitario Nazionale.*

**1.** L’interpretazione dell’esperienza delle liste di attesa viene sinteticamente descritta dai dati contenuti nelle prime due tabelle allegate, le quali mettono in luce:

- a) innanzitutto le dimensioni quantitative allargate di tale esperienza, visto che (cfr. tabella 1):
  - il 30,7% della popolazione adulta (cioè 15,6 milioni di persone) ha avuto una o più esperienze di liste di attesa per l’accesso alle prestazioni ASL, come analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali; ma esiste anche un 8,0% (pari a 4,0 milioni di soggetti) che è stato inserito nelle liste di attesa in vista del ricovero in ospedale;
  - inoltre il 20,3% di coloro che hanno sperimentato una o più liste di attesa per le prestazioni ASL (e cioè 3,2 milioni di persone) è stato inserito anche in liste di attesa per il ricovero ospedaliero: e, viceversa, il 77,0% di chi dichiara di aver uti-

lizzato delle liste di attesa per il ricovero ospedaliero si è avvalso anche di liste di attesa per le prestazioni ASL (pari in questo caso a 3,1 milioni di soggetti);

- senza contare che il 48,5% di chi ha sperimentato le liste di attesa per le prestazioni ASL ha avuto anche una o più esperienze di Pronto Soccorso (si tratta di 7,6 milioni di soggetti), ma l'incidenza richiamata sale al 76,0% di coloro che sono stati inseriti in liste di attesa per l'accesso in ospedale (e in questo caso si tratta di 3,0 milioni di persone).

Dunque l'accesso alle liste di attesa per ottenere le prestazioni ASL o per usufruire dei ricoveri in ospedale, lungo i dodici mesi precedenti, ha interessato la ragguardevole cifra di 19,6 milioni di persone adulte: di queste 3,0 milioni circa presentano una molteplicità di esperienze in un senso e nell'altro, a cui si affianca una quota rilevante di soggetti (pari a 10,6 milioni di unità) che, avendo sperimentato le suddette liste di attesa, si sono rivolti anche al Pronto Soccorso: con le relative attese all'interno di quest'ultimo e con quelle legate all'ottenimento effettivo delle prestazioni ASL e/o per quelle di tipo ospedaliero.

Si tenga presente che i 19,6 milioni menzionati (pari al 38,7% della popolazione adulta totale), pur con le eventuali sovrapposizioni di liste di attesa diverse (per più accessi ai diversi servizi da parte della stessa persona), rappresentano una vera e propria "esperienza sociale allargata" anche rispetto ai 7,8 milioni di ricoveri ospedalieri: con le inevitabili conseguenze sul piano delle percezioni del funzionamento o del malfunzionamento del Servizio Sanitario Nazionale;

- b) le diverse lunghezze delle liste di attesa, le cui più rilevanti (oltre i 60 e fino a 120 giorni e più) hanno interessato:
- il 22,7% degli utenti per gli accertamenti diagnostici, il 35,6% per le visite specialistiche, il 3,1% per le analisi di laboratorio ma il 31,1% per i piccoli interventi ambulatoriali che peraltro rappresentano una parte limitata delle prestazioni e cioè il 6,4% del totale: ma al di là delle percentuali richiamate esistono anche quelle relative ad attese minori ma non trascurabili (oltre i 30 e fino a 60 giorni) che sono rispettivamente il 20,0%, il 22,6%, il 6,7% e l'8,6%;
  - e il 15% degli utenti per il ricovero in ospedale in vista di cure e/o interventi seri o gravi presso le strutture pubbliche (contro il 6,3% presso le strutture private accreditate): tali percentuali tuttavia aumentano nel caso di ricoveri per cure e/o interventi di tipo leggero (il 15,0% diventa il 22,3% e il 6,3% diventa il 15,1%); ma anche per i ricoveri non si possono trascurare le attese tra i 30 e i 60 giorni, specie per gli interventi gravi, per i quali il 15,0% appena citato diventa il 18,3% e il 6,3% diventa il 16,9%;
- c) la presenza di una reazione "attiva" da parte degli intervistati che, di fronte alle liste di attesa, non ha accettato le proposte adottando comportamenti alternativi in circa il 30% dei casi: ricorrendo ad altre strutture pubbliche o private accreditate o ancora a cliniche private, al fine di inserirsi in liste di attesa più brevi, ma anche effettuando visite specialistiche, accertamenti diagnostici o analisi di laboratorio in strutture a pagamento e magari ricorrendo ad altri ospedali pubblici o privati accreditati al di fuori della Regione di residenza;
- d) infine un'influenza determinante della lunghezza delle liste di attesa agli effetti del rimando e/o della rinuncia alle cure (ragione che viene collocata al 1° posto in assoluto e in crescita rispetto al 2017), seguita dalle difficoltà economiche familiari

al 2° posto (ma in contrazione), dalle difficoltà burocratiche che le famiglie devono affrontare e quindi dalla riduzione e/o dal peggioramento delle prestazioni (ragioni queste tutte in aumento rispetto al 2017).

Per quanto riguarda poi le valutazioni espresse dagli intervistati sulle esperienze avute negli ultimi dodici mesi in tema di liste di attesa si può verificare come (cfr. tabella 2):

- i giudizi di soddisfazione di tipo più generale, circa i servizi sanitari e socioassistenziali della propria Regione di residenza, vadano da un massimo del 63,5% ad un minimo del 36,5%, mentre i giudizi di insoddisfazione risultino relativamente più elevati (32,6%) per gli ospedali pubblici e quindi per i servizi ASL (28,6%, ma 19,7% per i centri convenzionati) e quindi si scenda al 18,3% per i servizi degli ospedali privati accreditati e al 14,3% per delle cliniche private (anche se molti intervistati non sanno esprimere un giudizio a tale proposito);
- ma se da un giudizio di tipo generale, riguardante le strutture sanitarie e socioassistenziali della propria Regione, si passa ad un giudizio di miglioramento/peggioramento delle prestazioni sanitarie territoriali e dei ricoveri ospedalieri, si veda come le valutazioni positive abbiano interessato soprattutto i servizi degli ospedali privati accreditati e quelli delle cliniche private rispetto agli ospedali pubblici e ai servizi di medicina territoriale; mentre il peggioramento segua lo stesso schema di cui al punto precedente, con una critica maggiore per le strutture ospedaliere pubbliche (16,7%), seguite dai servizi ASL (15,7%) e quindi dalle strutture ospedaliere private accreditate e dalle cliniche a pagamento;
- infine, sul piano delle proposte, si assista ad una convergenza di consensi (che vanno mediamente oltre l'80%) per quanto concerne l'ottimizzazione degli orari dei servizi giornalieri e settimanali, con riferimento all'utilizzo della strumentazione tecnica come pure all'impiego degli operatori ma anche all'utilizzo integrato degli ospedali pubblici al fine di ridurre i tempi di attesa: ma è anche interessante rilevare quel 53,4% di intervistati che riterrebbe utile aumentare il valore del ticket allo scopo di selezionare un po' meglio la domanda di servizi da parte dei pazienti.

**2.** L'interpretazione del fenomeno Pronto Soccorso fa riferimento alle tabelle 3, 4 e 5, da cui si può rilevare un'altra esperienza che presenta, a sua volta, una dimensione sociale allargata e con problemi di attesa. Basti considerare che:

- a) nella fase di accesso al Pronto Soccorso una o più volte nel corso degli ultimi dodici mesi (cfr. prima parte della tabella 3):
- risulta coinvolto il 28,7% della popolazione adulta (pari a 14,5 milioni di persone) che si sono recate per lo più presso un ospedale pubblico (nel 21,4% dei casi), ma anche in un ospedale privato accreditato (4,1%) o in una clinica privata a pagamento (3,2%), sia pure con qualche sovrapposizione possibile tra l'una e l'altra tipologia di struttura utilizzata;
  - le ragioni di salute addotte da coloro che hanno fatto effettivamente l'esperienza possono essere di tipo molto grave (16,3%) o abbastanza serie (44,3%), ma anche "di sicurezza" rispetto ad un disagio apparentemente non grave (28,2%), cui si aggiunge una ragione di tipo sostanzialmente organizzativo come non sapere a chi rivolgersi oppure la mancata disponibilità del medico di base o ancora l'ora tarda, il fine settimana con servizi sanitari ridotti, ecc. (6,9%);

- il primo criterio di scelta della struttura ospedaliera in cui si trovava il Pronto Soccorso l'ultima volta che se ne ha avuto bisogno è la vicinanza (nel 70,4% dei casi), seguita dall'importanza dell'ospedale anche se risultava meno vicino (11,6%) oppure il fatto di aver tentato di accedere a più ospedali in quanto nei precedenti c'era troppo da aspettare (7,7%) oppure ancora è stato lo stesso servizio di emergenza 118 a decidere (6,5%);
  - quanto all'accompagnamento, ciò è avvenuto per lo più da parte di un familiare o di un parente (nel 64,2% dei casi) oppure da amici, conoscenti, colleghi di lavoro o vicini di casa (6,6%) oppure ancora dallo stesso servizio di emergenza 118 (11,8%);
- b) nella fase di permanenza al Pronto Soccorso quello che è avvenuto è che (cfr. seconda parte della tabella 3):
- nella maggior parte dei casi i Codici di urgenza attribuiti sono quelli verdi e gialli (36,5% e 27,6%, rispettivamente), seguiti dai Codici bianchi (15,0%) e infine dai Codici rossi (4,0%);
  - l'attribuzione del Codice è stato un compito svolto da un medico che ha visitato brevemente la persona (solo per il 24,4% degli intervistati), mentre per lo più si è trattato di un infermiere che ha verificato l'esigenza di accedere effettivamente al Pronto Soccorso e quindi di definire il Codice stesso (39,9%), ma esiste anche un 17,8% di intervistati che affermano come l'operatore che ha effettuato tale attribuzione sia stato un impiegato dietro lo sportello;
  - l'attesa più lunga prima di essere visitati (oltre le 3 ore e fino a 10 ore (talvolta compresa la notte) ha interessato il 20,7% degli intervistati, mentre si è aggiunta una successiva lunga attesa al fine di completare gli esami integrativi ritenuti necessari: in questo caso si è aspettato oltre le 3 fino a 10 ore e oltre da parte del 39,5% delle persone;
  - non tutti i bisogni, anche quelli più semplici, sono stati soddisfatti o soddisfatti con facilità durante l'attesa; ad esempio non è stato possibile o lo è stato con difficoltà: soddisfare il bisogno di lavarsi (nel 61,1% dei casi), il bisogno di stendersi (40,3%), il bisogno di bere e di rifocillarsi (33,4%), il bisogno di usare la toilette (19,2%), il bisogno di sedersi (18,3%);
  - infine le informazioni ricevute durante la permanenza nel Pronto Soccorso spesso non sono risultate adeguate: è quanto è avvenuto per le informazioni sui tempi di attesa per essere visitati (nel 49,9% dei casi), per le informazioni sulla diagnosi (22,8%), per le informazioni sui risultati di eventuali analisi di laboratorio o di accertamenti diagnostici o di visite e/o di cure di emergenza (32,5%) nonché per le informazioni sull'eventuale esigenza di ricovero (51,5%).

Per quanto riguarda la valutazione dei servizi da parte delle persone che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso, vale la pena di ricordare che (cfr. tabella 4):

- i giudizi sulle prestazioni ricevute risultano del tutto e/o abbastanza adeguate nel 73,2% dei casi, mentre quelle inadeguate sono il 24,4% e (inevitabilmente) gli intervistati del Mezzogiorno risultano essere più critici a tale proposito nel 36,0% dei casi contro la media appena citata;
- la sensazione di essere stati effettivamente "messi al centro" come pazienti, in occasione dell'ultima esperienza avuta presso il Pronto Soccorso, evidenzia una valuta-

zione positiva nel 61,0% dei casi per quanto concerne gli ospedali pubblici che sale al 74,0% per gli ospedali privati accreditati ma si abbassa al 27,2% per le cliniche private; mentre gli intervistati insoddisfatti si concentrano ai due estremi e cioè per coloro che hanno fatto esperienza presso gli ospedali pubblici (26,3%) e per coloro che hanno utilizzato una clinica privata (45,2%), mentre più contenuta appare la valutazione critica qualora si sia utilizzato un servizio di Pronto Soccorso presso ospedali privati accreditati (20,8%);

- infine se si estende il giudizio di soddisfazione/insoddisfazione rispetto a tutte le esperienze avute presso uno o più servizi di Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi, la valutazione positiva si attesta su valori simili al caso precedente (65,1%), con delle punte massime vicine al 75% per gli intervistati del Nord e ad un livello più contenuto (al 61,0%) per quelli del Centro e infine al 56,6% per quelli del Sud e delle Isole: di conseguenza l'insoddisfazione media nazionale (che è del 29,0%) sale al 37,9% per le persone residenti nel Mezzogiorno.

Si è poi voluto valutare quale sia l'incidenza delle persone che avendo avuto una o più esperienze di Pronto Soccorso, sono state anche inserite all'interno delle liste di attesa per prestazioni ASL e/o per l'accesso al ricovero in ospedale: il risultato è che il 52,2% di coloro che hanno varcato le soglie di un Pronto Soccorso è passato, sempre negli ultimi dodici mesi, anche per le liste di attesa ASL (si tratta di 5,9 milioni di persone adulte), cui si affianca un 16,7% che ha sperimentato le liste per il ricovero in ospedale (in questo caso si tratta di 1,9 milioni di persone), come evidenzia la seconda parte della tabella 4.

Infine si è anche voluto affrontare quello che può essere definito come un utilizzo "alternativo" delle strutture di Pronto Soccorso (cfr. ultimo gruppo di dati della tabella 4), da cui si evince abbastanza chiaramente che davanti ad un problema ritenuto serio e/o urgente di salute:

- ci si rivolge innanzitutto al medico di base, ma se non si trova una risposta adeguata o rapida come ci si aspettava da quest'ultimo come pure da eventuali specialisti dei poliambulatori ASL si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero (in più del 50% dei casi);
- oppure – e sempre con percentuali analoghe – si preferisce effettuare una visita *intra-moenia* o una visita privata (entrambe a pagamento), ritenendo che sia più facile effettuare successivamente le analisi, gli accertamenti o addirittura ottenere il ricovero evitando le liste di attesa;
- o ancora (in più di 1 caso su 4) si tenta la strada del Pronto Soccorso senza alcuna intermediazione del medico di base o dello specialista proprio per accertamenti diagnostici, visite specialistiche o per ottenere il ricovero ospedaliero, quando le liste di attesa sono troppo lunghe;
- in sintesi, si preferisce in ogni caso rivolgersi da subito al Pronto Soccorso dell'ospedale piuttosto che servirsi delle strutture territoriali ASL presenti sul territorio: ribadendo con ciò l'insoddisfazione nei confronti della medicina di base, da un lato e la crescente abitudine a "tagliare i tempi" scegliendo il Pronto Soccorso, dall'altro con tutte le conseguenze che ne possono derivare anche sul piano dell'affollamento e delle attese che questa decisione può comportare.

Sono state infine raccolte alcune opinioni degli intervistati che hanno avuto effettivamente esperienze di liste di attesa e/o di Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi per quanto riguarda la presenza di quest'ultimo sul territorio, ma anche le difficoltà di accesso e l'esistenza di eventuali alternative presso ospedali privati accreditati che potrebbero offrire un servizio di Pronto Soccorso magari più vicino e/o più facile da raggiungere. Dalla tabella 5 si può rilevare come:

- a) il servizio di Pronto Soccorso più vicino in termini relativi sia quello presso un ospedale pubblico: nel 48,8% dei casi è necessario uno spostamento sino a 15 minuti, che diventa però il 51,3% nel Nord-Est e il 51,4% nel Centro Italia; ma può essere richiesto anche uno spostamento fino a ½ ora nel 37,2% dei casi (che diventa più del 39% nel Nord) oppure più di ½ ora ma meno di 1 ora nel 10,5% come media nazionale ma nel 12,0% per il Mezzogiorno e talvolta serve anche 1 ora o più (3,5% che diventa però il 5,4% per il Sud e le Isole);
- b) la presenza di difficoltà di accesso al Pronto Soccorso che si trova all'interno di un ospedale pubblico venga dichiarata dal 64,8% delle persone intervistate che però sale al 69,1% per il Mezzogiorno e al 68,5% per il Centro Italia: e questo può essere dovuto al fatto che il servizio è lontano dall'abitazione o comunque richiede un tempo rilevante stante il traffico o il percorso difficile o i trasporti pubblici inadeguati (26,4% in media che diventa il 31,9% nel Sud) oppure perché il servizio di Pronto Soccorso è stato trasferito in un ospedale più grande ma che risulta più lontano (15% dei casi ma 17,7% per il Mezzogiorno).

Ma quello che forse conta ancora di più è che il 48,7% degli intervistati (che diventa il 57,0% nel Nord-Ovest e il 53,9% nel Nord-Est) dichiara che è avvenuto il trasferimento del servizio in un ospedale più grande e quindi con un bacino di popolazione più ampio, ma con la conseguenza di aver dato origine a tempi di attesa più lunghi, specialmente se non si è proceduto ad una adeguata riorganizzazione per affrontare un numero crescente di pazienti (25,0%).

A valle di queste difficoltà va anche sottolineato che molte persone dichiarano di rivolgersi al Pronto Soccorso – come si è ricordato più sopra – a causa delle inadeguatezze dei servizi delle strutture ASL e quindi allo scopo di abbreviare i tempi di attesa per visite specialistiche per accertamenti diagnostici o anche per ricoveri ospedalieri (27,4% in media che può salire al 29,1% nel Nord-Ovest e al 31,0% nel Nord-Est);

- d) infine si è anche cercato di capire se esiste, al di là degli ospedali pubblici, qualche ospedale privato accreditato che potrebbe offrire un servizio di Pronto Soccorso più vicino e semplice da raggiungere: questo sembra essere il caso del 15,9% in media dei rispondenti che sale però al 19,5% nel Mezzogiorno, a cui si aggiunge un 18,6% che ammette l'esistenza di un ospedale alternativo ma si valuta che quest'ultimo non disponga attualmente di attrezzature adeguate per i casi più gravi. Comunque più di 1/3 degli intervistati (34,5%) rileva l'esistenza di strutture private accreditate che potrebbero, se opportunamente attrezzate e sulla base di un accordo con il Servizio Sanitario Regionale, sgravare parzialmente la lunghezza delle attese all'interno dei Pronto Soccorso situati negli ospedali pubblici.

**3.** Quanto all'analisi condotta sull'andamento della “macchina” ospedaliera si può dar conto di una tenuta media delle prestazioni che però registrano – e non da oggi – dei

segnali di progressivo logoramento nella percezione dei cittadini. Ecco qualche dato di conferma:

– cresce l'indicatore di <i>Peso medio</i> delle prestazioni <sup>1</sup> :			<u>2013</u>	<u>2016</u>	
▪ negli ospedali pubblici			1,19	1,23	
▪ e negli ospedali privati (case di cura accreditate)			1,29	1,35	
– cresce la componente di alta complessità delle prestazioni a scapito di quelle medie e basse <sup>2</sup> :			<u>2014</u>	<u>2016</u>	
▪ negli ospedali pubblici			13,0	14,7	
▪ e negli ospedali privati nel loro complesso			17,5	19,9	
– crescono gli esiti positivi delle cure <sup>3</sup> come ad esempio:			<u>2010</u>	<u>2016</u>	
▪ infarto miocardico acuto con mortalità a 30 gg			10,4	8,6	
▪ frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro i 2 gg			31,0	58,0	
▪ proporzione di parti con taglio cesareo primario			29,0	24,5	
▪ colecistectomia laparoscopica con percentuali di ricoveri per degenza post-operatoria inferiore a 3 gg			58,8	72,7	
– ma si differenzia il livello di soddisfazione degli utenti a seconda dei territori <sup>4</sup>	<i>Nord- Ovest</i>	<i>Nord- Est</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud e Isole</i>	<i>Totale</i>
▪ Molto + Abbastanza soddisfatti	80,3	81,2	80,3	69,4	77,7
▪ Poco + Per nulla soddisfatti	19,5	18,8	19,0	30,2	22,0

E peraltro la tenuta media delle prestazioni si manifesta malgrado l'esistenza di un rapporto della spesa sanitaria pubblica sul PIL che risulta decrescente nel tempo, visto che tra il 2010 e il 2016 passa dal 7,2% al 6,7%, mentre aumenta ad esempio in Francia (da 8,7% a 9,6%) o in Germania (da 8,6% a 9,4%) e anche l'incidenza media dei Paesi OCSE Europa risulta comunque più elevata di quella del nostro Paese (da 7,5% a 7,2% nello stesso periodo)<sup>5</sup>.

In tale contesto si è anche effettuato – come di consueto – il monitoraggio sui Conti Economici delle Aziende Ospedaliere pubbliche che ha permesso di rilevare anche per quest'anno la presenza di aree di inefficienza che, proiettate sull'intera ospedalità pubblica, individuano dei Sovracosti potenziali compresi tra i 2 e i 4 miliardi di euro per la sola voce delle attività “a funzione”: il che configurerebbe dei possibili ripianamenti impliciti di bilancio di pari importo.

In conclusione ci troviamo oggi a poter fare un bilancio dei 40 anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, che appare essere senz'altro positivo per quanto riguarda i principi universalistici e solidali su cui si basa. Ma ci troviamo anche davanti alla necessità di preservare gli obiettivi, adeguandone l'applicazione rispetto ad una situazione profondamente mutata. Diventa perciò essenziale rimettere in equilibrio due sforzi che devono essere paralleli: quello di una ristrutturazione e riorganizzazione della “macchina” sanitaria, non solo sul piano economico-finanziario ma anche su quello dell'offerta di prestazioni di buona qualità ed equamente diffuse sul territorio, da un lato e quello del coinvolgimento di una domanda che cresce quantitativamente, diventando sempre più esigente, dall'altro. Bisogna perciò accettare una nuova e articolata assunzione di responsabilità da entrambe le parti in gioco, poiché non basta celebrare

<sup>1</sup> Cfr. Tavola 1/Parte prima del Rapporto.

<sup>2</sup> Cfr. Tavola 4/Parte prima del Rapporto.

<sup>3</sup> Fonte: Agenas.

<sup>4</sup> Con riferimento agli ospedali pubblici Cfr. Tabella A4/Campione popolazione negli Allegati statistici del Rapporto.

<sup>5</sup> Cfr. Tavola 11/Parte prima del Rapporto.

ciò che fin qui si è fatto ed ottenuto, bensì serve immaginare e progettare quello che ancora il Servizio Sanitario Nazionale può e deve diventare per il nostro futuro.



Tab. 1 – L'esperienza delle liste di attesa ha interessato, negli ultimi dodici mesi, quasi 4 cittadini adulti su 10 (val. %) (°)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>		
– Incidenza % sulla popolazione adulta delle persone con una o più esperienze di liste di attesa per l'accesso alle prestazioni Asl (analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali), di cui:	30,7 (pari a 15,6 mil.)		
▪ 1 sola esperienza	15,3 (pari a 7,8 mil.)		
▪ 2 o più esperienze	15,4 (pari a 7,8 mil.)		
– Incidenza % sulla popolazione adulta delle persone che hanno avuto una o più esperienze di liste di attesa per l'accesso ai ricoveri in ospedale, di cui:	8,0 (pari a 4,0 mil.)		
▪ 1 sola esperienza	6,2 (pari a 3,1 mil.)		
▪ 2 o più esperienze	1,8 (pari a 910 mila)		
– Incidenza % sul totale delle persone che, avendo avuto esperienza di una o più liste di attesa per le prestazioni Asl, sono state inserite in lista di attesa anche per ricoveri ospedalieri	20,3 (pari a 3,2 mil.)		
– Incidenza % delle persone che, avendo avuto una o più esperienze di liste di attesa per i ricoveri ospedalieri, hanno anche sperimentato liste di attesa per le prestazioni Asl	77,0 (pari a 3,1 mil.)		
– Incidenza % delle persone che, avendo avuto una o più esperienze di liste di attesa per le prestazioni Asl e/o per i ricoveri in ospedale, hanno anche avuto una o più esperienze di Pronto Soccorso, di cui:	<i>Liste di attesa per l'ospedale</i>		
▪ In ospedali pubblici	<i>Liste di attesa Asl</i>	44,0 (1,8 mil.)	
▪ In ospedali pubblici + Ospedali privati accreditati + Cliniche private	36,7 (5,7 mil.)	76,0 (3,0 mil.)	
	48,5 (7,6 mil.)		
– Incidenza % sul totale delle persone inserite in liste di attesa per prestazioni Asl, con una durata che va sino a 30 giorni, oltre 30 e fino a 60 giorni e oltre 60 e fino a 120 giorni e più:	<i>→ 30 giorni</i>	<i>30-60 giorni</i>	<i>60-120 gg →</i>
▪ Per accertamenti diagnostici, come RX, TAC, Risonanza Magnetica, ecc. (1° posto: 42,1%)	57,3	20,0	22,7
▪ Per visite specialistiche (2° posto: 34,1%)	41,8	22,6	35,6
▪ Per analisi di laboratorio (3° posto: 16,1%)	90,2	6,7	3,1
▪ Per piccoli interventi ambulatoriali (4° posto: 6,4%)	60,3	8,6	31,1
	<i>Cure/interventi seri-gravi</i>		
– Incidenza % sul totale delle persone che hanno avuto esperienze di liste di attesa per l'accesso in ospedale, aventi una durata da 10-60 giorni sino a 60-120 giorni e oltre, a seconda delle strutture cui ci si è rivolti:	<i>→ 30 giorni</i>	<i>30-60 giorni</i>	<i>60-120 gg e più</i>
▪ Strutture pubbliche	66,7	18,3	15,0
▪ Strutture private accreditate	76,8	16,9	6,3
	<i>Cure/interventi leggeri</i>		
	<i>→ 30 giorni</i>	<i>30-60 giorni</i>	<i>60-120 gg →</i>
	46,8	30,9	22,3
	51,0	33,9	15,1
– Comportamenti adottati da parte delle persone che sono state inserite in liste di attesa per l'accesso alle prestazioni Asl:	<i>Totale</i>		
▪ Si è aspettato il proprio turno	69,4		
▪ Si sono adottati altri comportamenti (ricorso ad altre strutture ospedaliere pubbliche, private accreditate o cliniche private aventi liste di attesa più brevi oppure si sono pagate privatamente le prestazioni)	30,6		

(Segue) Tab. 1 – Un'esperienza che ha interessato, negli ultimi dodici mesi, quasi 4 cittadini adulti su 10 (val. %) (°)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>	
- Comportamenti adottati dalle persone che sono state inserite in liste di attesa per il ricovero in ospedale:		<i>Totale</i>
▪ Si è aspettato con pazienza il proprio turno		68,9
▪ Si sono adottati altri tipi di comportamento (ricorso ad altri ospedali pubblici, privati accreditati, strutture fuori Regione, ecc.)		31,1
- Importanza prioritaria della lunghezza delle liste di attesa agli effetti dei rimandi e/o delle rinunce alle cure, secondo i <i>care-giver</i> :	<u>2017</u>	<u>2018</u>
▪ Le liste di attesa troppo lunghe per le prestazioni	2° (47,6)	1° (51,7)
▪ Le difficoltà economiche familiari (per pagare ticket, accessi, prestazioni, ecc.)	1° (48,8)	2° (30,0)
▪ Le difficoltà burocratiche per poter accedere alle prestazioni	3° (16,1)	3° (19,2)
▪ La diminuzione delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	4° (14,0)	4° (16,1)
▪ Il peggioramento delle prestazioni (e dei servizi) offerti ai pazienti	5° (10,0)	5° (13,1)

(°) Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute 2018*, Parte prima/Tavola 15, pagg. 50-51.

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

Tab. 2 – Una valutazione critica soprattutto verso i servizi sanitari pubblici da parte delle persone che hanno avuto una o più esperienze di liste di attesa negli ultimi dodici mesi (val. %) (°)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>			
– Giudizio di soddisfazione/insoddisfazione dei servizi sanitari e socioassistenziali della Regione di residenza da parte della quota di popolazione che ha avuto esperienze di liste di attesa e/o di Pronto Soccorso:		<i>Poco + Per nulla soddisfatti</i>	<i>Molto + Abbastanza soddisfatti</i>	
	▪ Servizi degli ospedali pubblici	32,6	59,5	
	▪ Servizi delle strutture della ASL (Poliambulatori, ecc.)	28,6	63,5	
	▪ Servizi dei centri privati convenzionati con le ASL (Poliambulatori, ecc.)	19,7	63,0	
	▪ Servizi degli ospedali privati accreditati	18,3	53,8	
	▪ Servizi delle cliniche private a pagamento	14,3	36,5	
– Giudizi di miglioramento/peggioramento delle prestazioni territoriali e dei ricoveri ospedalieri da parte di coloro che hanno avuto esperienze di liste di attesa e/o di Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi:	<i>Un po' + Molto peggiorati</i>	<i>Uguali</i>	<i>Molto + Abbastanza migliorati</i>	
	▪ Servizi degli ospedali pubblici	16,7	41,8	37,2
	▪ Servizi delle strutture della ASL (Poliambulatori, ecc.)	15,7	39,5	41,4
	▪ Servizi degli ospedali privati accreditati	11,9	34,3	50,9
	▪ Servizi dei centri privati convenzionati con le ASL (Poliambulatori, ecc.)	7,8	41,8	47,7
	▪ Servizi delle cliniche private a pagamento	7,1	34,1	52,6
– Proposte per migliorare la gestione delle liste di attesa da parte degli intervistati che hanno avuto effettivamente una o più esperienze a tale proposito, nel corso degli ultimi dodici mesi (giudizi “Molto + abbastanza d’accordo”):	<i>Negli ospedali pubblici</i>	<i>Negli ospedali privati accreditati</i>		
	▪ Aumentare l’orario giornaliero/settimanale per l’utilizzo della strumentazione tecnica e per l’impiego degli operatori	83,8	82,6	
	▪ Garantire i servizi realmente urgenti, col rispetto dei tempi di attesa effettivamente previsti	83,6	85,2	
	▪ Utilizzare altri ospedali pubblici della zona (con distanza accettabile) per ridurre i tempi di attesa	81,0	81,4	
	▪ Agire sul valore del ticket per selezionare un po’ meglio la domanda di servizi da parte dei pazienti (ticket minimo obbligatorio di 10/20 euro anche da parte di chi oggi non paga alcun ticket)		53,4	

(°) Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute 2018*, Parte prima/Tavola 16, pag. 54.

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

Tab. 3– Un'esperienza che ha coinvolto, negli ultimi dodici mesi, quasi 1/3 della popolazione italiana adulta (val. %) (°)

Fenomeni	Dati
<b>LA FASE DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO</b>	
– Incidenza % delle persone che hanno avuto effettivamente accesso una o più volte al Pronto Soccorso sul totale della popolazione adulta, a seconda della tipologia di ospedale a cui ci si è rivolti:	
▪ Ospedale pubblico (14,7% una sola volta e 6,7% due o più volte)	21,4 (10,8 milioni)
▪ Ospedale privato accreditato (2,5% una sola volta e 1,6% due o più volte)	4,1 (2,1 milioni)
▪ Clinica privata a pagamento (1,9% una sola volta e 1,3% due o più volte)	3,2 (1,6 milioni)
– Ragioni dell'accesso al Pronto Soccorso l'ultima volta che ciò è avvenuto da parte del sottocampione di popolazione che ha fatto tale esperienza:	
▪ Ragione molto grave	16,3
▪ Ragione abbastanza seria	44,3
▪ Ragione “di sicurezza” rispetto a un disagio apparentemente non grave	28,2
▪ Ragione di tipo organizzativo (non si sapeva a chi rivolgersi, non c'era la disponibilità del medico di base, l'ora era tarda o i servizi erano meno disponibili il fine settimana, ecc.)	6,9
▪ Altro	4,3
Totale	100,0
– Criteri di scelta dell'ospedale in cui si trovava il Pronto Soccorso l'ultima volta che è stato effettivamente utilizzato nel corso degli ultimi dodici mesi:	
▪ Si è scelto l'ospedale più vicino	70,4
▪ Si è scelto l'ospedale più importante anche se meno vicino	11,6
▪ Si è girato più ospedali in quanto c'era troppo da aspettare	7,7
▪ Non si è potuto scegliere in quanto ha deciso il servizio di emergenza 118 a cui ci si è rivolti	6,5
▪ Altro	3,8
Totale	100,0
– Accompagnamento del paziente per l'accesso al Pronto Soccorso l'ultima volta che ciò è avvenuto nel corso degli ultimi dodici mesi:	
▪ Accompagnamento da parte di un familiare o parente	64,2
▪ Accompagnamento da parte del servizio di emergenza (118)	11,8
▪ Accompagnamento da parte di amici/conoscenti oppure da colleghi di lavoro o ancora da vicini di casa	6,6
▪ Accompagnamento da operatori della struttura in cui ci si trovava in quel momento (altro ospedale, RSA, ecc.)	0,3
▪ Ci si è andati da soli	15,8
▪ Altro	1,3
Totale	100,0

./.

(Segue) Tab. 3 – Un'esperienza che ha coinvolto, negli ultimi dodici mesi, quasi 1/3 della popolazione italiana adulta (val. %)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>			
<b>LA FASE DI PERMANENZA AL PRONTO SOCCORSO</b>				
- Attribuzione del Codice assegnato l'ultima volta che ciò è avvenuto nel corso degli ultimi dodici mesi:				
▪ Codice Bianco				15,0
▪ Codice Verde				36,5
▪ Codice Giallo				27,6
▪ Codice Rosso				4,0
▪ Non si ricorda				16,9
Totale				100,0
- Soggetto che ha provveduto ad attribuire il Codice di urgenza al momento dell'accesso al Pronto Soccorso l'ultima volta che ciò è avvenuto:				
▪ Un medico che ha visitato brevemente la persona				24,4
▪ Un infermiere che ha verificato l'esigenza di accedere al Pronto Soccorso				39,9
▪ Un impiegato che attribuito il Codice da dietro lo sportello				17,8
▪ Altri				0,8
▪ Non si ricorda				17,1
Totale				100,0
- Tempo di attesa al Pronto Soccorso cui ci si è rivolti l'ultima volta negli ultimi dodici mesi:				
▪ Fino ad un massimo di 1 ora	50,9	} 79,3	26,0	} 55,8
▪ Oltre 1 ora e fino a 3 ore	28,4		29,8	
▪ Oltre 3 ore e fino a 5 ore	13,3	} 20,7	18,6	} 39,5
▪ Oltre 5 ore e oltre 10 ore (compresa la notte)	7,4		20,9	
▪ Non sono stati necessari altri esami integrativi	-		4,7	
Totale	100,0		100,0	
- Difficoltà eventuali nel soddisfare i bisogni durante l'attesa al Pronto Soccorso l'ultima volta che si è fatta l'esperienza in tal senso:				
▪ Bisogno di lavarsi	32,1		29,0	61,1
▪ Bisogno di potersi stendere	19,1		21,0	40,3
▪ Bisogno di bere/rifocillarsi	20,9		12,5	33,4
▪ Bisogno di usare la toilette	14,2		5,0	19,2
▪ Bisogno di sedersi	14,5		3,8	18,3
- Adeguatezza/inadeguatezza delle informazioni ricevute durante la permanenza nel Pronto Soccorso:				
▪ Informazioni sui tempi di attesa per essere visitati			50,1	49,9
▪ Informazioni sulla diagnosi			77,2	22,8
▪ Informazioni sui risultati di eventuali analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite e/o cure di emergenza			67,5	32,5
▪ Informazioni sull'eventuale esigenza di ricovero			48,5	51,5

(<sup>o</sup>) Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute 2018*, Parte prima/Tavola 17, pagg. 58-59.

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

Tav. 4 – Una valutazione critica da parte delle persone che hanno fatto ricorso al servizio nell’ultimo anno, ma anche un’utilizzazione “alternativa” del Pronto Soccorso (val. %) (°)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>					
<b>LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE</b>						
– Valutazioni delle prestazioni ottenute a valle dell’attesa sperimentata, l’ultima volta nei passati dodici mesi, presso il Pronto Soccorso:	<i>Nord-Ovest</i>	<i>Nord-Est</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud e Isole</i>	<i>Totale</i>	
▪ Una prestazione del tutto adeguata	51,9	55,6	46,3	28,7	43,2	} 73,2
▪ Una prestazione abbastanza adeguata	28,9	26,7	32,1	31,4	30,0	
▪ Una prestazione sufficiente	11,4	10,8	12,0	25,2	16,4	} 24,4
▪ Una prestazione ma non soddisfacente	6,3	5,2	7,9	10,8	8,0	
▪ Nessuna valutazione perché si è rinunciato per la troppa attesa	1,5	1,7	1,7	3,9	2,4	
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	
– Sensazione di essere stati effettivamente “messi al centro” come pazienti nell’ultima esperienza avuta, nei passati dodici mesi presso il Pronto Soccorso:	<i>Ospedale pubblico</i>		<i>Ospedali privati accreditati</i>		<i>Clinica privata</i>	
▪ Si è stati effettivamente “messi al centro” dell’attenzione come pazienti	29,4	} 61,0	30,6	} 74,0	13,0	} 27,2
▪ Si è stati effettivamente “messi al centro” dell’attenzione ma solo appena un po’	31,6		43,4		14,2	
▪ Non si è stati per nulla o quasi “messi al centro” dell’attenzione come pazienti +	15,2	} 26,3	17,0	} 20,8	27,8	} 45,2
▪ Si è stati trattati in maniera inappropriata, pur dovendo tener conto delle condizioni affollate, delle lunghe attese, ecc.	11,1		3,8		17,4	
▪ Non si sa dare una valutazione in proposito	12,7		5,2		27,6	
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	
– Giudizi di soddisfazione/insoddisfazione a seguito delle esperienze avute una o più volte, negli ultimi dodici mesi, presso i servizi di Pronto Soccorso:	<i>Nord-Ovest</i>	<i>Nord-Est</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud e Isole</i>	<i>Totale</i>	
▪ Molto soddisfatti	9,5	16,0	7,9	7,0	9,5	} 65,1
▪ Abbastanza soddisfatti	63,6	58,4	53,1	49,6	55,6	
▪ Poco soddisfatti	17,4	15,1	15,5	22,4	18,4	} 29,0
▪ Per nulla soddisfatti	5,1	4,9	14,6	15,5	10,6	
▪ Non sanno esprimere un giudizio	4,4	5,6	8,9	5,5	5,9	
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

./.

(Segue) Tab. 4 – Una valutazione critica da parte delle persone che hanno fatto ricorso al servizio nell’ultimo anno, ma anche un’utilizzazione “alternativa” del Pronto Soccorso (val. %) (°)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>	
<b>LE EVENTUALI DOPPIE ESPERIENZE DI PRONTO SOCCORSO E DI LISTE DI ATTESA</b>		
– Incidenza % delle persone che, avendo avuto una o più esperienze di Pronto Soccorso durante gli ultimi dodici mesi, sono state inserite anche all’interno delle liste di attesa per prestazioni Asl o per l’accesso ai ricoveri in ospedale, di cui:		
▪ Esperienze di liste di attesa per analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e/o piccoli interventi ambulatoriali, di cui:		52,2 (5,9 mil.)
. 1 esperienza		25,7
. 2 esperienze		16,7
. 3 o più esperienze		9,8
▪ Esperienze di liste di attesa per l’accesso al ricovero in ospedale per cure e/o interventi chirurgici, di cui:		16,7 (1,9 mil.)
. 1 esperienza		12,9
. 2 esperienze		2,2
. 3 o più esperienze		1,6
<b>L’UTILIZZO “ALTERNATIVO” DEL PRONTO SOCCORSO</b>		
– Soggetto a cui gli intervistati preferirebbero rivolgersi qualora esista un problema serio e/o urgente di salute, tenuto conto dell’esperienza maturata nel corso del tempo:		<i>Sottocampione popolazione con esperienza di liste di attesa e/o di Pronto Soccorso</i>
	<i>Campione popolazione</i>	
▪ Quando si ha o si pensa di avere un problema serio e/o urgente di salute si preferisce rivolgersi innanzitutto al medico di base	70,6	74,8
▪ Nel caso non si trovi una risposta adeguata o rapida dal medico di base o dagli specialisti dei poliambulatori ASL, si preferisce rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero	50,8	53,4
▪ In alternativa si preferisce recarsi dal medico specialista ospedaliero di cui ci si fida o di cui si è sentito parlar bene per effettuare una visita intramoenia all’interno dell’ospedale pubblico oppure una visita privata (entrambe a pagamento), così è più facile effettuare le analisi, gli accertamenti diagnostici o addirittura ottenere il ricovero, evitando le liste di attesa	46,8	50,9
▪ Nel caso poi che si avesse bisogno di una visita specialistica, di un accertamento diagnostico o di un ricovero ospedaliero e le relative liste di attesa risultassero troppo lunghe, si preferisce rivolgersi al Pronto Soccorso dell’ospedale	26,8	26,2
▪ Si preferisce in ogni caso rivolgersi da subito al Pronto Soccorso dell’ospedale piuttosto che ai servizi della ASL per non perdere tempo	23,3	22,4
▪ Insomma si tende ad usare più l’ospedale che non i servizi ASL presenti sul territorio	20,8	21,0
▪ Non si saprebbe comunque cosa scegliere, poiché di solito ci si fa consigliare in caso di necessità	32,7	28,4
▪ Non si sono ancora avuti problemi seri e/o urgenti di salute da affrontare e quindi non si è in grado di dire quale sarebbe la scelta effettuata	28,1	22,9

(°) Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute 2018*, Parte prima/Tavola 18, pagg. 64-65.

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

Tab.5– Presenza dei servizi di Pronto Soccorso pubblico sul territorio e di eventuali difficoltà di accesso e di organizzazione (val. %)(°)

Fenomeni	Dati					
	Ospedali privati accreditati	Ospedali pubblici				Totale
		Nord- Ovest	Nord- Est	Centro	Sud e Isole	
– Caratteristiche di offerta dei servizi di pronto soccorso sul territorio degli intervistati da parte di coloro che hanno avuto esperienze di liste di attesa e/o di Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi:						
▪ Un brevissimo spostamento (sino a 15 minuti)	21,6	46,6	51,3	54,4	46,1	48,8
▪ Un breve spostamento (fino a ½ ora)	40,9	39,7	39,2	32,8	36,5	37,2
▪ Un medio spostamento (più di ½ ora ma meno di 1 ora)	18,4	11,5	8,3	8,5	12,0	10,5
▪ Un'ora o più	19,1	2,2	1,2	4,3	5,4	3,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
– La presenza di eventuali difficoltà nell'accedere ai servizi di Pronto Soccorso all'interno dell'ospedale pubblico cui si fa di solito riferimento da parte della popolazione che ha avuto effettivamente esperienza di liste di attesa e/o di Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi:						
▪ Ci sono delle difficoltà						
▪ Non ci sono difficoltà						
▪ Non saprei						
Totale						
– Precizzazione delle difficoltà (1,3 in media per intervistato):						
▪ Il Pronto Soccorso è lontano dall'abitazione o comunque richiede un tempo rilevante per essere raggiunto (per traffico o percorso difficile o servizi inadeguati)		25,9	26,1	18,7	31,9	26,4
▪ Il Pronto Soccorso è più lontano di un tempo, poiché è stato trasferito in un ospedale più grande ma più lontano		13,5	14,4	13,2	17,7	15,0
▪ Il Pronto Soccorso trasferito nell'ospedale più grande ha un bacino di popolazione più ampio e quindi i tempi di attesa sono aumentati		57,0	53,9	44,0	42,1	48,7
▪ Il Pronto Soccorso non è stato adeguatamente riorganizzato per affrontare un numero crescente di pazienti		22,8	24,2	30,6	23,8	25,0
▪ Molte persone si rivolgono al P.S. per le inadeguatezze dei servizi delle strutture Asl al fine di abbreviare i tempi di attesa per visite special., per gli accertamenti diagnostici o anche per i ricoveri ospedalieri		29,1	31,0	21,9	27,7	27,4
– Esistenza, al di là degli ospedali pubblici, di ospedali privati accreditati che potrebbero offrire un Servizio di Pronto Soccorso più vicino e quindi più semplice da raggiungere, secondo le opinioni di chi ha effettivamente sperimentato Pronto Soccorso e/o liste di attesa negli ultimi dodici mesi:						
▪ Esistono, ma non dispongono del Pronto Soccorso		13,0	15,4	14,8	19,5	15,9
▪ Esistono, ma non si ritiene che dispongano di attrezzature adeguate per i casi più gravi		22,0	10,7	18,7	19,9	18,6
▪ Non esistono		24,3	32,0	26,4	19,8	24,8
▪ Non si sa fornire un giudizio in proposito		40,7	41,9	40,1	40,8	40,7
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(°) Cfr. Rapporto *Ospedali&Salute 2018*, Parte prima/Tavola 19, pag. 69.

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