

19° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2021”

Sintesi

Il Rapporto “Ospedali & Salute/2021”, promosso dall’AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata e realizzato dalla società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma (sotto la direzione di Nadio Delai) continua ad esercitare il suo ruolo di presidio interpretativo annuale dell’andamento del sistema ospedaliero italiano, costituito da una componente di diritto pubblico e da una componente di diritto privato (quella accreditata). Tale sistema ormai da due anni ha dovuto affrontare i problemi (e le sfide) dell’“ordinario” sia i nuovi impegni derivanti dallo “straordinario” dalla pandemia, a cui si è aggiunto l’inevitabile rimbalzo del secondo sul primo.

Di conseguenza il Rapporto 2021 si articola in quattro Parti, di cui:

- la Parte prima riprende i temi-chiave dell’intreccio tra fenomeni attinenti all’evoluzione ordinaria del sistema e i fenomeni generati dall’impatto straordinario che ha avuto il virus sui pazienti e sulle strutture sanitarie;
- la Parte seconda illustra i risultati in dettaglio di un’apposita indagine nazionale rappresentativa sulle esperienze avute dai pazienti Covid;
- la Parte terza registra invece i problemi, i comportamenti e gli orientamenti di un secondo campione (di 4.000 unità), rappresentativo della popolazione adulta la quale ha dovuto affrontare le difficoltà di accesso alle prestazioni ordinarie per due anni consecutivi a seguito dell’impatto della pandemia di Corona virus sul sistema sanitario;
- ed infine, la Parte quarta dà conto dell’evoluzione del sistema ospedaliero ordinario, con l’aggiunta di alcuni indicatori relativi alle quattro “ondate” del virus nel corso del biennio 2020-2021 e di quelli relativi alle prestazioni mancate dei pazienti non-Covid.

Quello che è emerso dall’insieme delle analisi è riportabile, in sintesi, alle seguenti quattro testi interpretative.

1. *Prima tesi:* *Si è registrata la presenza di due fattori di tensione, di cui il primo era già emerso nella fase pre-pandemica, mentre il secondo si è manifestato a seguito dell’arrivo del Corona virus: col risultato (inevitabile) di sovrapporre e di far interagire i problemi dello “straordinario” con i problemi dell’“ordinario”.*

Il primo fattore di tensione, che si era venuto configurando già da tempo, è rilevabile dalla contraddizione tra due tipi di indicatori e precisamente (cfr. primo gruppo di dati della tabella 1):

- tra il progressivo rafforzamento dell’incidenza medio-statistica delle prestazioni ospedaliere di alta complessità, le quali sono passate, per gli ospedali di diritto pubblico, dal 14,4% del 2015 al 16,1% del 2019 e – su livelli più elevati – dal 18,7% al 23,8% per gli ospedali di diritto privato (strutture accreditate), peraltro con una palese situazione di svantaggio per il Mezzogiorno;

- e la presenza di una “medietà” insoddisfacente delle prestazioni percepite da parte di *caregiver* e popolazione¹, che interessa nel 2019 il 35,9% degli ospedali di diritto pubblico contro il 26,2% di quelli di diritto privato (strutture accreditate) e il 23,3% delle cliniche private a pagamento pieno, con un peggioramento del livello di insoddisfazione dichiarata per i servizi di Pronto Soccorso, che è cresciuto dal 29,0% del 2018 al 37,5% del 2019 (e sempre con una situazione significativamente più critica per il Mezzogiorno).

Il risultato, già nel periodo pre-pandemico dunque, era quello di dover registrare una situazione di fatto caratterizzata dall’esistenza di 21 Servizi Sanitari Regionali diversi e con un’aggiunta di differenziazioni al loro stesso interno, più che da un Servizio Sanitario Nazionale unitario: il che ha alimentato fenomeni crescenti di mobilità sanitaria interregionale e, non di rado, di rinuncia alle cure da parte dei pazienti.

Il secondo fattore di tensione è invece strettamente legato all’arrivo della pandemia e si presenta, a sua volta, sotto la forma di un’altra contraddizione e cioè (cfr. secondo gruppo di dati della tabella 1):

- quella di dover far fronte, da un lato all’assistenza straordinaria dei pazienti Covid via via che si sono andate manifestando le diverse “ondate” del virus;
- e quella, dall’altro, di dover bloccare le prestazioni ordinarie richieste dai pazienti non-Covid così come è avvenuto nel corso dell’ultimo biennio: e questo si è verificato, nell’anno 2020, per circa il 50% dei pazienti non-Covid, con riferimento alle principali prestazioni, ma con una punta, ad esempio, del 71,5% per ciò che riguarda gli interventi chirurgici programmati, fermo restando che tale fenomeno si è manifestato – sia pure in maniera lievemente inferiore – anche per l’anno 2021.

A conferma di quanto dichiarato dagli intervistati, i dati oggettivi forniti dalle strutture sanitarie sulla contrazione delle prestazioni nei confronti dei pazienti non-Covid risultano essere pari al -21,0% tra il 2019 e il 2020 per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri: ma diventano del -23,9% per il Mezzogiorno e si acuiscono ulteriormente in alcune Regioni come ad esempio in Puglia (-28,1%) o in Calabria (-30,6%). Mentre le prestazioni specialistiche sono diminuite, nei primi 9 mesi del 2020 rispetto al corrispondente periodo del 2019, nella misura del -30,3% medio nazionale, ma con valori ben più elevati in alcune Regioni come la Lombardia (-51,9%), la Provincia di Bolzano (-48,8%), le Marche (-38,3%) e la Calabria (-39,2%)².

2. *Seconda tesi: L’esperienza dei pazienti Covid intervistati si è rivelata essere stata decisamente impegnativa sia nella fase del contagio sia in quella del post-contagio a causa delle conseguenze manifestatesi (long Covid) ed è stata accompagnata da una “esplosione” della domanda di prestazioni sanitarie ordinarie, mentre si è verificata una contrazione più che significativa della domanda da parte dei pazienti non-Covid, con il relativo impatto sulla salute di questi ultimi.*

A tale proposito i dati della tabella 2 risultano abbastanza evidenti, visto che:

¹ Per “medietà” si intende la capacità dei servizi di offrire un livello mediamente accettabile delle prestazioni, per quantità e per qualità, ma anche con una diffusione adeguata nei diversi territori del Paese e all’interno di questi ultimi.

² Cfr. Parte quarta/Paragrafo 2.7.

- il 65,6% degli ex pazienti Covid ammette che il percorso di uscita dal contagio si è rivelato essere stato “molto e/o abbastanza lungo” e, parallelamente, il 63,2% ha ammesso che si è trattato anche di un’esperienza “molto e/o abbastanza pesante”: incrociando poi i due giudizi, si è visto come l’87,8% di coloro che hanno dichiarato un’esperienza lunga ha sofferto anche di conseguenze pesanti;
- inoltre il 56,2% dei contagiati ha registrato anche dei problemi di *long Covid*, di cui un terzo (il 18,9%) di tipo “serio” e, se questo è avvenuto, la quasi totalità del suddetto 18,9% ha vissuto delle conseguenze non solo “serie” bensì anche “lunghe” (fermo restando che anche l’eventuale *long Covid* “leggero” si è fatto sentire comunque a lungo per quasi 3/4 degli interessati);
- ed infine, l’esperienza Covid ha trascinato con sé anche una domanda straordinaria di prestazioni sanitarie ordinarie, in larga parte probabilmente per i disagi derivanti dal *long Covid*, mentre la popolazione ha espresso una domanda decrescente di prestazioni sia per il blocco/rimando delle medesime sia per la rinuncia spesso avvenuta per il timore di potersi contagiare entrando nelle strutture sanitarie: infatti i dati sull’andamento delle liste di attesa risultano in contrazione per la popolazione, tra il 2020 e il 2021, mentre si sono rivelati in forte espansione (da 3,8 a 8,3 volte in più nel 2020 e di circa 5 volte di più nel 2021) per i pazienti Covid.

3. Terza tesi: *Si è rilevato un graduale processo di socializzazione alla pandemia, passando dall’anno 2020 all’anno 2021, che però tende a polarizzare le posizioni e a far emergere un certo “disagio dei vaccinati”.*

Nella tabella 3 sono stati riportati i risultati che mettono a confronto le opinioni della popolazione, da un lato e quelle degli ex pazienti Covid dall’altro, con riferimento a tre aspetti: l’andamento degli atteggiamenti generali verso la pandemia, la valutazione dello strumento del *Green pass* e il manifestarsi dell’esigenza di un migliore equilibrio assistenziale tra pazienti Covid e pazienti non-Covid come pure tra vaccinati e non vaccinati³.

Il primo gruppo di dati mette in evidenza, confrontando le risposte del 2020 con quelle del 2021, un’attenuazione degli atteggiamenti proattivi della popolazione. Esiste infatti una diminuzione del livello di accordo sulle affermazioni sottoposte a giudizio di circa 6-7 punti percentuali in media, che però arrivano a 15 punti in meno se si prende in considerazione specificamente la prima affermazione, la quale risente probabilmente di una certa (inevitabile) stanchezza rispetto al prolungarsi della pandemia.

Nel caso dei pazienti ex Covid il livello di consenso scende ulteriormente tra 7 e 12 punti percentuali rispetto a quello della popolazione, mentre si manifesta un livello più che consistente di dissenso che si posiziona tra il 26% e il 32% (specie sull’opportunità di estendere la vaccinazione e di sostenerla per ragioni di solidarietà collettiva): il che conferma l’emergere per l’appunto di un fenomeno di polarizzazione dei giudizi e non solo rispetto alle affermazioni sin qui considerate bensì anche per quelle riferite alle due affermazioni successive.

Il secondo gruppo di dati della tabella 3 concerne invece il tema del *Green pass*, su cui il livello di consenso sia da parte della popolazione che da parte degli ex pazienti Covid,

³ Si ricorda che l’indagine di campo sulla popolazione come pure sui pazienti Covid è avvenuta attraverso due appositi questionari, somministrati nella seconda metà del mese di settembre 2021.

tende a superare il 70%, salvo contrarsi di circa 10 punti per questi ultimi (ma restando comunque al di sopra del 60%) per ciò che concerne i temi della responsabilità verso gli altri e l'introduzione dell'obbligo vaccinale per tutti i lavoratori: il che porta a consolidare nettamente la quota delle risposte di disaccordo, che risulta compresa tra un minimo del 25,1% ed un massimo del 39,6% rispetto a quella del primo gruppo di dati preso in considerazione.

Infine l'analisi dei giudizi espressi rispetto all'ultimo insieme di affermazioni contenute nella tabella 3, relative ad un possibile "riequilibrio assistenziale" tra pazienti Covid e pazienti non-Covid e tra persone vaccinate e persone non vaccinate, solleva argomenti e reazioni che sono diventati di ulteriore attualità con il rafforzarsi della quarta ondata del virus. Il risultato è che:

- si è registrata una "sensibilità" importante sui temi suddetti, con livelli di consenso prossimi al 70% e talvolta anche oltre sia per la popolazione sia per gli ex pazienti Covid;
- si è manifestato un orientamento favorevole più netto nelle opinioni della popolazione sul tema di un possibile riequilibrio delle cure tra pazienti Covid e pazienti non-Covid come pure sull'obbligo vaccinale per tutti i cittadini da attuare attraverso un'apposita legge; mentre si è spostato lievemente il livello di consenso in favore dei pazienti Covid per quanto riguarda l'ipotesi di dare priorità, in caso di sovraccarico delle strutture ospedaliere, ai pazienti vaccinati rispetto a quelli non vaccinati e così avviene anche per l'ipotesi di un possibile ticket (significativo) da far pagare ai pazienti Covid non vaccinati per loro libera scelta (e non per vincoli di salute);
- e si è consolidato un fenomeno di polarizzazione dei giudizi attraverso un livello di disaccordo sempre consistente che varia tra il 25,5% e il 37,0%.

4. In conclusione, a valle dei dati e dei relativi commenti, vale la pena di accennare ad uno spunto di prospettiva che ruota attorno a tre esigenze di fondo.

La prima esigenza è quella di affrontare il rapporto tra pazienti Covid e pazienti non-Covid in maniera più attiva e consapevole, visto che non si può ipotizzare un semplice, ulteriore rimando delle prestazioni ordinarie rivolte ai secondi, salvo ipotecare seriamente le loro condizioni di salute specie se affetti da malattie croniche e/o gravi che richiedono *screening*, assistenza continuativa e/o interventi ospedalieri urgenti.

La seconda esigenza (conseguente) è quella di giocare sempre meglio "a sistema" tra istituti ospedalieri di diritto pubblico e istituti ospedalieri di diritto privato (strutture accreditate), al fine di recuperare il progresso cioè le prestazioni mancate e – nel caso servisse – di ripetere l'esperienza collaborativa tra le due tipologie di istituti come è avvenuto nel corso dell'anno 2020: anche perché il rischio della quarta "ondata" del virus che appare essere meno letale ma estremamente contagioso potrebbe portare in ospedale comunque un numero significativo di pazienti Covid non vaccinati a cui si aggiungerebbe la quota di vaccinati ma non più sufficientemente coperti dalle dose ricevute. Mentre continuerebbe a restare in evasa una quota troppo consistente della domanda di prestazione da parte dei pazienti non-Covid.

C'è infine una terza esigenza, quella di innescare un processo di effettivo ri-finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale che risente ancora oggi in maniera pesante degli effetti

della *spending review* di dieci anni fa, i quali hanno contribuito a far prevalere – come è stata a suo tempo definita dal Rapporto *Ospedali & Salute* – la “Sanità Finanziaria” (cioè quella del taglio dei costi ma senza una corrispondente riorganizzazione dei servizi) a scapito della “Sanità Reale” (quella costituita da pazienti, famiglie e operatori). Servirebbe perciò un ri-finanziamento di tipo funzionale che riporti il rapporto tra spesa sanitaria e PIL verso un’incidenza più prossima rispetto a quella dei Paesi dell’OCSE e del G7. E questo a prescindere dagli eventuali investimenti straordinari derivanti dal PNRR, anche perché questi ultimi corrono il rischio di generare una “sottrazione” di risorse qualora si tenga conto che l’istituzione della lunga serie di nuove strutture previste implica, a sua volta, un più che significativo ampliamento del personale insieme ad un aumento considerevole dei costi di gestione riferiti alle suddette strutture.

Resta inoltre aperto il tema di fondo di una riorganizzazione maggiormente efficiente dei servizi dedicati alla salute, siano essi di tipo ordinario o di tipo straordinario in quanto derivante dagli investimenti del PNRR. E proprio in tal senso sarebbe il caso di aprire con decisione ad un più largo apporto di tipo privato per quanto riguarda molti aspetti organizzativi, tecnici e gestionali dell’ambito sanitario. Tanto per esemplificare, allestire un processo di vaccinazione rapido, efficace e di qualità richiede un’esperienza logistica di tipo privato da applicare nell’ambito della salute. O ancora una modernizzazione di tipo informatico ha bisogno di soggetti con una larga esperienza nel campo privato che possano predisporre delle infrastrutture in grado di far compiere un salto organizzativo al Servizio Sanitario Nazionale anche sotto questo profilo. E, tanto per citare un ulteriore esempio, la stessa manutenzione, ordinaria e straordinaria, di manufatti e soprattutto di attrezzature richiede una gestione efficace di stampo privato da parte di aziende che presentino un curriculum significativo proprio in quest’ambito.

Insomma, nel ripensamento del Servizio Sanitario Nazionale va ritrovato un migliore e più efficace equilibrio tra le funzioni di tutela pubblica della salute (espletata da istituti di diritto pubblico e da istituti di diritto privato-accreditato) e funzioni che più opportunamente possono far capo ad aziende specializzate private (o privato-pubbliche), al fine di migliorare l’efficienza e l’efficacia delle risposte ai pazienti e ai cittadini: applicando così al ben noto principio “lo Stato quando si deve, il mercato quando si può”, ma con un intento fortemente collaborativo in funzione di spostare verso l’alto l’asticella delle prestazioni complessive del sistema sanitario.

Tab. 1 – Due fattori di tensione: una “medietà”* inadeguata delle prestazioni nella fase precedente la pandemia e un significativo blocco/rimando delle medesime per i pazienti non-Covid durante la pandemia (val. %)
(°)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>			
PRIMO FENOMENO: LA PRESENZA DI UNA “MEDIETÀ” INSODDISFACENTE DI SISTEMA GIÀ IN FASE PRE-PANDEMICA	<u>2015</u>	<u>2017</u>	<u>2019</u>	
			<i>Totale</i>	<i>Mezzogiorno</i>
– L’aumento oggettivo dell’incidenza percentuale dei casi di Alta Complessità sul totale delle prestazioni per pazienti acuti, ma con uno svantaggio per il Mezzogiorno:				
▪ Ospedali di diritto pubblico	14,4	14,9	16,1	14,8
▪ Ospedali di diritto privato (strutture accreditate)	18,7	21,2	23,8	20,3
– La percezione di una “medietà” non sempre soddisfacente (specie nel Mezzogiorno) delle prestazioni ospedaliere della propria Regione, sulla base dell’esperienza avuta negli ultimi due anni, da parte dei <u>caregiver e/o degli altri membri della famiglia</u> (le percentuali esposte sono al netto delle mancate risposte):	<i>Prestazioni mediamente del tutto soddisfacenti + soddisfacenti</i>	<i>Prestazioni mediamente poco + per nulla soddisfacenti</i>	<i>Prestazioni mediamente poco + per nulla soddisfacenti nel Mezzogiorno</i>	
▪ Ospedali di diritto pubblico	64,1	35,9	47,8	
▪ Ospedali di diritto privato (strutture accreditate)	73,8	26,2	27,3	
▪ Cliniche private a pagamento	76,7	23,3	22,4	
– Il peggioramento del livello di soddisfazione percepito dalla <u>popolazione</u> circa le esperienze effettivamente avute nell’ambito del Pronto Soccorso di uno o più ospedali l’ultima volta che ciò è avvenuto, nel corso degli ultimi dodici mesi (con uno svantaggio pronunciato per il Mezzogiorno):			<i>Poco + Per niente soddisfatto</i>	
▪ Anno 2018	<i>Molto + Abbastanza soddisfatto</i>	<i>Totale</i>	<i>Mezzogiorno</i>	
▪ Anno 2019	65,1	29,0	37,9	
	59,7	37,5	45,9	
– L’aumento conseguente della propensione dichiarata dai <u>caregiver</u> nei confronti del ricorso a strutture ospedaliere di altre Regioni rispetto a quella di residenza:	<u>2016</u>	<u>2019</u>		
▪ Orientamento a fare concretamente l’esperienza presso strutture ospedaliere extraregionali	10,1	<i>Totale</i>		<i>Mezzogiorno</i>
▪ Orientamento potenziale a fare l’esperienza presso strutture ospedaliere extraregionali	18,1	12,4		17,5
▪ Non si sono posti il problema	71,8	39,6		42,4
		50,1		48,0

./.

(Segue) Tab. 1 – Due fattori di tensione: una “medietà”* inadeguata delle prestazioni nella fase precedente la pandemia e un significativo blocco/rimando delle medesime per i pazienti non-Covid durante la pandemia (val. %) (°)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>					
SECONDO FENOMENO: UN BLOCCO/RIMANDO DELLE PRESTAZIONI ORDINARIE PER I PAZIENTI NON-COVID DURANTE LA PANDEMIA						
– Tipo di prestazioni ordinarie per cui si è subito un blocco/rimando delle relative liste di attesa, sia per malattie/interventi di tipo serio-grave come pure di tipo leggero, secondo le dichiarazioni fornite dalla popolazione:			<u>2020</u>		<u>2021</u>	
▪ Analisi di laboratorio			21,0			21,3
▪ Accertamenti diagnostici (come RX, TAC, RM, ecc.)			47,7			36,0
▪ Visite specialistiche			47,7			31,4
▪ Accesso a terapie periodiche/controlli obbligatori			48,5			41,1
▪ Prestazioni in day service (di tipo medico ambulatoriale)			41,5			38,5
▪ Prestazioni in day service (di tipo chirurgico ambulatoriale)			52,5			38,0
▪ Ricoveri per cure			44,4			46,1
▪ Ricoveri per interventi chirurgici programmati			71,5			54,6
– Durata del blocco/rimando delle prestazioni ordinarie, secondo le dichiarazioni fornite dalla popolazione:			<u><i>Fino a 2 mesi</i></u>		<u><i>3-4 mesi</i></u>	
	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u><i>5-8 mesi e più</i></u>	
					<u>2020</u>	<u>2021</u>
▪ Analisi di laboratorio	10,9	14,7	5,4	2,5	4,7	4,1
▪ Accertamenti diagnostici (come RX, TAC, RM, ecc.)	15,7	20,6	15,2	5,0	16,8	10,4
▪ Visite specialistiche	15,4	12,0	17,7	10,2	14,6	9,2
▪ Accesso a terapie periodiche/controlli obbligatori	13,1	16,6	21,0	15,3	14,4	9,2
▪ Prestazioni in day service (di tipo medico ambulatoriale)	13,4	10,5	15,1	16,2	13,0	11,8
▪ Prestazioni in day service (di tipo chirurgico ambulatoriale)	12,9	10,6	14,6	11,1	25,0	16,3
▪ Ricoveri per cure	17,0	8,8	10,7	23,9	16,7	13,4
▪ Ricoveri per interventi chirurgici programmati	37,6	24,6	4,3	14,4	29,6	15,6

(°) Cfr. Rapporto “Ospedali & Salute/2021”, Parte prima/Tavola 6.

(*) Per “medietà” si intende la capacità dei servizi di offrire un livello mediamente accettabile delle prestazioni, per quantità e per qualità, ma anche con una diffusione adeguata nei diversi territori del Paese e all’interno di questi ultimi.

Tab. 2 – La pandemia ha “segnato” significativamente i contagiati, ma ha anche sovraccaricato il Servizio Sanitario Regionale per le relative cure erogate, a cui si è aggiunta una domanda più che consistente di prestazioni ordinarie da parte degli stessi contagiati (val. %)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>			
<i>L'esperienza impegnativa del contagio nelle opinioni degli intervistati:</i>				
– È stata un'esperienza “molto + abbastanza pesante”		63,2		
– È stata un'esperienza “molto + abbastanza lunga”		65,6		
– Ma avendo avuto un'esperienza “molto + abbastanza pesante”, si è avuta contemporaneamente un'esperienza “molto + abbastanza lunga” in quasi 9 casi su 10		87,8		
– E avendo avuto invece un'esperienza “abbastanza e/o del tutto leggera”, si è avuta contemporaneamente un'esperienza “molto + abbastanza lunga” in più di 1 caso su 4		27,6		
<i>L'esperienza, altrettanto impegnativa sul piano delle conseguenze del contagio (long Covid) nelle opinioni degli intervistati:</i>				
– Si sono avute delle conseguenze “molto + abbastanza serie”		18,9		
– Si sono avute delle conseguenze “leggere + molto leggere”		37,3		
– Si sono avute delle conseguenze “molto + abbastanza lunghe”		80,7		
– Si sono avute delle conseguenze “brevi+ abbastanza brevi”		19,3		
– Ma avendo avuto delle conseguenze “molto + abbastanza serie”, queste ultime si sono rivelate anche “molto + abbastanza lunghe” nella quasi totalità dei casi		97,2		
– E avendo avuto invece delle conseguenze “abbastanza + molto leggere”, queste ultime si sono rivelate essere state comunque “molto + abbastanza lunghe” in più di 7 casi su 10		72,4		
		} 56,2		
		}		
<i>La valutazione delle prestazioni ricevute come pazienti Covid-19 da parte delle diverse strutture sanitarie del proprio territorio (al netto delle mancate risposte):</i>	<i>Livello medio del tutto soddisfacente + soddisfacente</i>	<i>Livello medio Poco + Per nulla soddisfacente</i>		
– Medico di famiglia	62,2	29,2		
– Strutture territoriali (ASL)	65,4	34,1		
– Ospedali pubblici	61,1	38,9		
– Ospedali accreditati	59,0	38,1		
– Cliniche private a pagamento pieno	40,7	59,3		
– RSA (Residenze Sanitarie per Anziani)	54,6	45,4		
	<i>Popolazione al netto dei pazienti Covid-19</i>			
	<i>2020</i>	<i>2021</i>		
	<i>Pazienti Covid-19</i>			
	<i>2020</i>	<i>2021</i>		
– Si sono avute una o più esperienze di liste di attesa in vista di prestazioni ASL, per malattie/interventi di tipo serio-grave	10,1	7,7	38,5 (3,8 x)	39,4 (5,1 x)
– Si sono avute una o più esperienze di liste di attesa in vista di prestazioni ASL, per malattie/interventi di tipo leggero	11,5	10,2	46,2 (4,0 x)	48,5 (4,8 x)
– Si sono avute una o più esperienze di liste di attesa in vista di ricoveri ospedalieri, per malattie/interventi di tipo serio-grave	4,5	5,5	37,2 (8,3 x)	29,5 (5,4 x)
– Si sono avute una o più esperienze di liste di attesa in vista di ricoveri ospedalieri, per malattie/interventi di tipo leggero	8,9	7,9	39,9 (4,5 x)	39,7 (5,0 x)

(°) Cfr. Rapporto “Ospedali & Salute/2021”, Parte prima/Tavola 2.

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2021

(Segue) Tab. 3 – Convergenze e divaricazioni di atteggiamenti e propensioni che tendono a polarizzarsi sia per la popolazione sia per i pazienti Covid-19 (val. %)

Fenomeni	Dati			
	Popolazione		Pazienti Covid	
	Molto + Abb. d'accordo	Poco + Per nulla d'accordo	Molto + Abb. d'accordo	Poco + Per nulla d'accordo
<i>Una convergenza sostanziale, ma con una polarizzazione significativa, sul tema della responsabilità dei comportamenti, degli atteggiamenti delle priorità condivise di fronte alla pandemia:</i>				
– Sarebbe giusto affrontare il tema di una priorità più equilibrata nell'erogazione delle cure ospedaliere tra pazienti Covid-19 e pazienti non Covid-19, i quali ultimi corrono rischi altrettanto se non più seri di salute qualora non si intervenga, avendo in molti casi già dovuto rimandare a lungo le cure o gli interventi programmati (come nel campo, ad esempio, dei pazienti oncologici o di quelli che hanno avuto seri problemi al sistema cardiocircolatorio)	81,3	18,7	74,5	25,5
– Sarebbe giusto, in caso di sovraccarico delle strutture ospedaliere, dare precedenza alle cure rivolte alle persone che hanno contratto il virus pur essendo state vaccinate rispetto a quelle non vaccinate per loro scelta personale (e non per vincoli di salute)	66,9	33,1	69,3	30,7
– Sarebbe anche giusto introdurre una sorta di ticket significativo per l'erogazione delle cure ospedaliere nei confronti dei pazienti Covid-19 che hanno scelto personalmente di non vaccinarsi (e non per vincoli di salute)	68,8	31,2	71,3	28,7
– Sarebbe giusto, visto l'andamento della pandemia, non solo a livello nazionale ma anche a livello mondiale, introdurre con apposita legge l'obbligo della vaccinazione per tutta la popolazione (ad eccezione di coloro che hanno serie ragioni di salute e che non possono quindi essere vaccinate)	69,8	30,2	63,0	37,0

(°) Cfr. Rapporto "Ospedali & Salute/2021", Parte prima/Tavola 10.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2021*