

Presentazione del 9° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2011”

Sintesi per la stampa

Giovedì 1 dicembre 2011 - alle ore 10.00 - presso la **Camera dei Deputati – Sala delle conferenze di Palazzo Marini a Roma** (Via del Pozzetto, 158) viene presentato il **9° Rapporto Annuale “Ospedali&Salute/2011”**, promosso dall'**AIOP** (Associazione Italiana Ospedalità Privata) e realizzato dalla società **Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema** di Roma (con la direzione di Nadio Delai).

Il Rapporto mette sotto osservazione ogni anno la realtà ospedaliera italiana, in modo da offrire agli operatori, ai decisori e alla pubblica opinione analisi, riflessioni e proposte che investono le modalità e la qualità con cui vengono svolti i servizi, riferiti sia agli ospedali pubblici sia agli ospedali privati accreditati sia alle cliniche private *tout-court*.

L'iniziativa assume le caratteristiche di una vera e propria operazione di servizio al Paese, basata su un'analisi indipendente, in quanto svolta da un soggetto esterno che valuta sia gli aspetti relativi all'offerta sia quelli relativi alla domanda di servizi ospedalieri e all'evoluzione nel tempo di entrambe. Si tratta di un ambito di attività assolutamente rilevante cui fanno capo il **55% della spesa pubblica per la sanità, i 650 mila operatori e i 14 milioni di cittadini che varcano le soglie di un ospedale ogni dodici mesi.**

Il Rapporto 2011 mette l'accento su tre tipologie di fenomeni.

La **prima** riguarda la **misurazione**, aggiornata agli ultimi dati disponibili, **del livello di “inefficienza sommersa”** delle strutture pubbliche (Aziende Ospedaliere ed Ospedali a Gestione Diretta), presenti in tutte le Regioni italiane, ivi comprese quelle a statuto speciale, nonché nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano. A tale proposito sono stati messi a confronto i costi reali (così come risultano dai Bilanci Consuntivi di tutti gli ospedali pubblici italiani) con i ricavi teorici, calcolati sulla base del trattamento a DRG che viene riservato agli ospedali privati accreditati (ma apportando alcune correzioni al rialzo, allo scopo di riconoscere le funzioni aggiuntive svolte dalle strutture pubbliche). Si è potuto così valutare lo scostamento esistente tra i ricavi calcolati sulla base dei DRG e i costi effettivamente dichiarati nei Bilanci Consuntivi, individuando in tal modo la

quota di quella che è stata definita come “inefficienza sommersa”, la cui percentuale varia da un minimo del 17,2% del Veneto ad un massimo del 46,4% della Calabria, ma passando anche per il 41,3% del Lazio, per il 41,7% della Campania e per il 41,8% della Sardegna (cfr. ultima colonna della tabella 1).

Il tema trattato risulta importante in linea di principio: per l’ovvia ragione di dover costantemente recuperare efficienza, ma anche per tendere ad una effettiva parità di trattamento tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati. Ma il tema risulta ancora più importante qualora si guardi alle marcate esigenze aggiuntive di efficienza oltre che di qualificazione della spesa pubblica, che l’attuale situazione economica e finanziaria impone.

Peraltro, al di là del valore del singolo indicatore regionale esposto nella tabella 1, bisogna tener presente che sul risultato influiscono fattori molto diversi riportabili non solo ad un uso poco efficiente delle risorse, bensì anche alla presenza di particolari vincoli legati alla morfologia del territorio come pure alla fornitura di servizi più ampi e migliori per i pazienti, che il singolo Servizio Sanitario Regionale può generare.

La **seconda** tipologia di fenomeni illustra lo sforzo messo in atto, particolarmente dalle strutture accreditate, sul piano del **miglioramento continuo dell’offerta di servizi**, il quale si manifesta:

- sul piano della complessità delle prestazioni fornite, che supera in molte Regioni quelle degli stessi ospedali pubblici (cfr. tab. 2);
- sul piano dell’attiva collaborazione con i Sistemi Sanitari Regionali, in funzione, ad esempio, della riduzione delle liste di attesa (cfr. tab. 3);
- sul piano della reattività delle strutture Aiop, illustrato da un’indagine appositamente condotta per il Rapporto 2011, la quale evidenzia una spinta al miglioramento continuo, malgrado le difficoltà legate alla contrazione della spesa pubblica (cfr. tab. 4);
- sul piano, infine, di una parallela stabilizzazione nel tempo della quota di risorse pubbliche impiegate dall’ospedalità accreditata, contro una continua espansione di quella facente capo all’ospedalità pubblica (cfr. tab. 5).

La **terza** tipologia di fenomeni riguarda la **“messa al centro” della persona nell’ambito dei servizi ospedalieri di diagnosi, cura e intervento**.

In particolare si è voluto registrare la continua crescita nel tempo del livello di autonomia culturale e comportamentale degli individui, per quanto attiene le operazioni di scelta dell’ospedale pubblico o privato accreditato, come pure di scelta di una struttura locale piuttosto che extralocale: il che ribadisce ulteriormente un orientamento pronunciato da parte delle persone

nei confronti di un sistema misto, fondato su criteri di qualità, di appropriatezza, di vicinanza e lasciando in ombra del tutto la tipologia pubblica o privata accreditata della struttura (cfr. tab. 6).

È stato anche analizzato un aspetto specifico, con l'attenzione rivolta ai bisogni della famiglia, quale soggetto che si fa carico complessivo della cura dei propri membri siano essi parte della famiglia ristretta oppure di quella allargata. Si sono cioè considerati i fabbisogni derivanti dalla necessaria continuità assistenziale da fornire ai pazienti anziani, fenomeno questo che è destinato ad ampliarsi continuamente a seguito del processo di invecchiamento della popolazione. Si ricorda che la presenza di persone da 60 anni in poi, aventi necessità di assistenza all'interno degli stretti conviventi, interessa il 7,1% delle famiglie, ma tale percentuale diventa il 20,8% qualora si guardi alla famiglia allargata che incorpora i 60enni e oltre non conviventi ma con necessità di aiuto e di assistenza.

Come si vede dalla tabella 7 esiste un interesse del tutto evidente a far svolgere agli ospedali un ruolo che esca dalle rispettive mura per assumere funzioni di post-ricovero delle persone anziane, in modo da saldare attività sanitarie in senso stretto con attività assistenziali sul territorio. E del resto verso tale direzione mostrano una chiara apertura le strutture Aiop appositamente indagate a questo proposito.

In conclusione si può affermare che il Rapporto 2011 intreccia in maniera ancora più pronunciata che non per il passato l'esigenza di qualificazione del sistema ospedaliero, sia sotto il profilo dell'efficienza gestionale sia sotto il profilo dell'interpretazione dei fabbisogni in trasformazione della famiglia che deve oggi farsi carico di processi di cura e di assistenza sempre più estesi ed impegnativi.

Rete Nazionale Assistenza Domiciliare e Ospedaliera Anziani, Malati e Disabili
www.privatassistenza.it – www.italiassistenza.it
Presentazione del 9° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2011”

Tab. 1 – La stima dell'inefficienza implicita dell'ospedalità pubblica in 15 Regioni ed in quelle a statuto speciale ^(c)

Regioni	Ricostruzione del valore della “produzione” ospedaliera ^(a) (in milioni di euro)				Totale costi reali corretti (in milioni di euro) ^(b)	Quota di inefficienza (in milioni di euro) ^(c)	% di inefficienza sui costi totali ^(d)
	Valore produzione a DRG	Valore prestazioni specialistiche	Quota aggiuntiva per attività “a funzione”	Totale ricavi teorici			
<i>Nord</i>							
Piemonte	1.645,2	515,3	246,8	2.407,3	3.345,2	937,9	28,0
Lombardia	2.940,5	882,2	441,1	4.263,7	5.285,6	1.021,8	19,3
Veneto	2.218,0	643,2	332,7	3.193,9	3.858,8	664,9	17,2
Liguria	785,0	180,5	117,7	1.083,3	1.436,5	353,3	24,6
Emilia Romagna	2.097,7	576,9	314,7	2.989,2	3.900,0	910,8	23,4
<i>Media 5 Regioni del Nord</i>	<i>1.937,3</i>	<i>559,6</i>	<i>290,6</i>	<i>2.787,5</i>	<i>3.565,2</i>	<i>777,7</i>	<i>21,8</i>
<i>Centro</i>							
Toscana	1.269,3	342,7	190,4	1.802,4	2.339,3	536,9	23,0
Umbria	467,0	102,7	70,1	639,8	827,5	187,7	22,7
Marche	781,0	148,4	117,1	1.046,5	1.443,1	396,6	27,5
Lazio	1.955,5	449,8	293,3	2.698,6	4.598,9	1.900,3	41,3
<i>Media 4 Regioni del Centro</i>	<i>1.118,2</i>	<i>260,9</i>	<i>167,7</i>	<i>1.546,8</i>	<i>2.302,2</i>	<i>755,4</i>	<i>32,8</i>
<i>Sud</i>							
Abruzzo	747,2	134,5	112,1	993,8	1.372,5	378,8	27,6
Molise	172,0	20,6	25,8	218,4	321,3	102,9	32,0
Campania	1.375,5	247,6	206,3	1.829,4	3.136,1	1.306,7	41,7
Puglia	1.309,7	183,4	196,5	1.689,5	2.252,4	562,9	25,0
Basilicata	243,5	24,4	36,5	304,4	399,4	95,0	23,8
Calabria	558,7	116,1	83,8	758,5	1.414,4	655,9	46,4
<i>Media 6 Regioni del Sud</i>	<i>734,4</i>	<i>121,1</i>	<i>110,2</i>	<i>965,7</i>	<i>1.482,7</i>	<i>517,0</i>	<i>34,9</i>
<i>Media delle 15 Regioni</i>	<i>1.237,7</i>	<i>304,5</i>	<i>185,7</i>	<i>1.727,9</i>	<i>2.395,4</i>	<i>667,5</i>	<i>27,9</i>

9° Rapporto Annuale “Ospedali&Salute/2011”, promosso dall'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) e realizzato dalla società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma (con la direzione di Nadio Delai).

Rete Nazionale Assistenza Domiciliare e Ospedaliera Anziani, Malati e Disabili
 www.privatassistenza.it – www.italiassistenza.it
 Presentazione del 9° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2011”

(Segue) Tab. 1 – La stima dell'inefficienza implicita dell'ospedalità pubblica in 15 Regioni ed in quelle a statuto speciale ^(*)

Regioni	Ricostruzione del valore della “produzione” ospedaliera ^(a) (in milioni di euro)				Totale costi reali corretti (in milioni di euro) ^(b)	Quota di inefficienza (in milioni di euro) ^(c)	% di inefficienza sui costi totali ^(d)
	Valore produzione a DRG	Valore prestazioni specialistiche	Quota aggiuntiva per attività “a funzione”	Totale ricavi teorici			
<i>Regioni a Statuto speciale</i>							
Valle d'Aosta	65,5	20,9	9,8	96,3	150,2	54,0	35,9
Prov. aut. Trento	205,0	81,4	30,8	317,1	467,9	150,8	32,2
Prov. aut. Bolzano	251,2	96,8	37,7	385,7	607,4	221,7	36,5
Friuli Venezia Giulia	628,0	139,1	94,2	861,3	1.145,5	284,2	24,8
Sicilia	2.005,3	211,9	300,8	2.518,0	4.047,2	1.529,2	37,8
Sardegna	613,3	122,7	92,0	828,0	1.422,6	594,6	41,8
<i>Media delle Regioni a Statuto speciale</i>	<i>628,1</i>	<i>112,1</i>	<i>94,2</i>	<i>834,4</i>	<i>1.306,8</i>	<i>472,4</i>	<i>36,1</i>

(*) Corrispondente alla tavola 1, pagg. 18-19.

(a) Ricostruita, a partire dal valore della produzione sulla base dei DRG, raggruppati per discipline e corretti con quote aggiuntive riconosciute come “fisiologiche” (specialistica + attività “a funzione”) e con riferimento ai dati consuntivi 2009.

(b) Comprensivi di: costi del personale (corretti attraverso una ponderazione che tiene conto dell'Indice di *case-mix*) + costi per beni + costi per servizi appaltati + altri costi residuali presenti nei Conti Economici 2009 degli istituti ospedalieri pubblici (aziende ospedaliere ed ospedali a gestione diretta).

(c) Calcolato come differenza tra il totale dei costi reali corretti e il totale dei ricavi teorici.

(d) Calcolato come rapporto tra il valore dell'inefficienza (in milioni di euro) e il totale dei costi reali corretti (in milioni di euro).

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2011 (elaborazioni e stime su dati regionali e Ministero della Salute)*

Rete Nazionale Assistenza Domiciliare e Ospedaliera Anziani, Malati e Disabili
 www.privatassistenza.it – www.italiassistenza.it
 Presentazione del 9° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2011”

Tab. 2 – Il confronto tra istituti pubblici e ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop, sulla base del “case-mix” delle prestazioni effettuate. Anni 2006-2009^(c)

Regioni	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop							
	Istituti pubblici							
	2006 ^(*)	2007 ^(*)	2008 ^(*)	2009 ^(**)	2006 ^(*)	2007 ^(*)	2008 ^(*)	2009 ^(**)
– Piemonte	1,12	1,17	1,15	1,10	1,19	1,29	1,31	1,33
– Lombardia	1,06	1,11	1,05	1,04	1,26	1,30	1,29	1,26
– P.A. di Bolzano	0,91	0,95	0,89	0,94	0,80	0,84	0,80	0,87
– P.A. di Trento	0,96	1,00	0,98	1,00	-	-	0,76	0,75
– Veneto ^(a)	1,02	1,06	1,03	1,07	1,06	1,05	1,04	1,13
– Friuli Venezia Giulia	1,08	1,11	1,05	1,08	0,92	0,95	0,95	0,82
– Liguria ^(b)	1,09	1,12	1,08	1,09	2,21	2,29	2,31	1,94
– Emilia Romagna	1,08	1,11	1,05	1,05	1,11	1,19	1,16	1,16
– Toscana	1,08	1,12	1,10	1,10	1,36	1,33	1,32	1,34
– Umbria	1,01	1,05	1,00	1,00	1,03	1,07	1,04	1,06
– Marche	1,03	1,07	1,01	1,04	0,77	0,89	0,86	0,96
– Lazio	0,98	1,01	0,98	1,01	0,90	0,94	0,97	0,96
– Abruzzo	0,90	0,98	0,96	0,96	0,88	1,06	1,07	1,11
– Molise	0,95	1,00	0,98	0,98	0,77	0,84	0,95	-
– Campania	0,96	1,00	0,91	0,92	0,86	0,89	0,93	0,90
– Puglia	0,91	0,95	0,92	0,92	1,04	1,37	1,32	1,28
– Basilicata	0,98	1,06	1,02	1,02	n.d.	n.d.	n.d.	-
– Calabria	0,87	0,89	0,86	0,85	0,94	0,97	0,91	0,88
– Sicilia	0,91	0,95	0,93	0,87	0,90	0,96	0,91	1,00
– Sardegna	0,89	0,93	0,91	0,91	0,72	0,86	0,90	0,84
Totale	1,00	1,05	1,00	1,01	1,00	1,07	1,07	1,07

(^c) Corrispondente alla tavola 4, pag. 33.

(^{*}) Valori calcolati con la versione DRG CMS 19.0 adottata dal Ministero della Salute che utilizza i pesi Medicare 2002, con un “allargamento” dei DRG precedenti (che passano da 492 a 521).

(^{**}) Valori calcolati con un’ulteriore versione DRG CMS 24.0 adottata successivamente dal Ministero della Salute. In tale versione sono stati ulteriormente “esplosi” alcuni DRG preesistenti (in tal caso il numero aumenta ulteriormente, passando da 521 a 538).

(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 Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema su dati Ministero della Salute e Aiop

Rete Nazionale Assistenza Domiciliare e Ospedaliera Anziani, Malati e Disabili
www.privatassistenza.it – www.italiassistenza.it
Presentazione del 9° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2011”

Tab. 3 – Esempi di riduzione delle liste di attesa, derivante da accordi tra Sistema Sanitario Regionale e istituti privati accreditati ^(*)

Esempi regionali	Accordi		Tempi medi di attesa 1997	Tempi medi di attesa 2003	Tempi medi di attesa 2011	% di riduzione 1997/2011
		<i>Cardiochirurgia</i>				
		- In struttura pubblica	60 gg.	20 gg.	20 gg.	-67%
		- In struttura privata	35 gg.	7 gg.	10 gg.	-71%
		<i>Protesi d'anca</i>				
Lombardia (1)	L.R. 31/1997	- In struttura pubblica	480 gg.	170 gg.	125 gg.	-74%
	D.G.R. n° 38133 del 1998	- In struttura privata	120 gg.	50 gg.	38 gg.	-68%
		<i>Interv. al ginocchio</i>				
		- In struttura pubblica	310 gg.	85 gg.	61 gg.	-80%
		- In struttura privata	90 gg.	45 gg.	26 gg.	-71%
Esempi regionali	Accordi		Tempi medi di attesa a luglio 1996	Tempi medi di attesa a luglio 2003	Tempi medi di attesa a luglio 2011	% di riduzione 1996/2011
		<i>Strutture pubbliche</i>				
Emilia Romagna (2)	D.G.R. n° 2001 del 30/7/1996 e D.G.R. n° 2404 del 29/11/2004	Azienda Ospedaliera di Bologna	Interventi in CEC: 10/12 mesi	20 gg.	25 gg.	-81%
		Azienda Ospedaliera di Parma	Interventi vascolari: 2/3 mesi	10 gg.	7 gg.	-77%
		<i>Strutture private (3)</i>	20 gg.	11 gg.	3-10 gg.	-67%

(*) Corrispondente alla tavola 10, pag. 41.

(1) Con l'applicazione dei provvedimenti citati nella tavola si è avuto:

- l'accREDITamento per il totale dei posti letto autorizzati rispetto alla precedente situazione che prevedeva il convenzionamento parziale della struttura;
- l'utilizzo flessibile dei posti letto accreditati all'interno delle Unità Operative autorizzate e accreditate.

(2) Con la Delibera della Giunta Regionale n. 2001 del 30/7/1996 è stato recepito il protocollo d'intesa per la cardiochirurgia sottoscritto in data 16/7/96 che ha autorizzato le Strutture private a svolgere attività di cardiochirurgia in accREDITamento.

Le strutture private nel 1996 non erano ancora accreditate per l'attività di cardiochirurgia.

(3) Si riportano i valori medi relativi alle strutture seguenti: Maria Cecilia (RA), Hesperia Hospital (MO), Villa Torri (BO) e Villa Salus (RE)

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati Aiop

Tab. 4 – Un sistema ospedaliero sotto sforzo ⁽⁹⁾

Fenomeni	Dati		
	Strutture accreditate	Strutture non accreditate	
<i>L'impatto della crisi</i>			
– “Le strutture ne hanno risentito molto + abbastanza” ¹	72,3	70,6	
– “La crisi ha accentuato le difficoltà già preesistenti, specie nei rapporti col Sistema Sanitario Regionale” ²	74,2	52,9	
– “La crisi ha cambiato almeno in parte i comportamenti dei pazienti (meno visite, meno analisi, meno ricoveri)” ²	29,4	82,3	
<i>La progressiva “polarizzazione” delle strutture ospedaliere³</i>			
– Andamento del fatturato in crescita e/o costante ma consistente	58,3	2009/2008	2010/2009
– Andamento del fatturato in diminuzione e/o costante ma modesto	38,4	2010/2009	2011/2010
<i>La reattività delle strutture</i>			
– L'imprenditore si sente impegnato a sviluppare la propria struttura perché vede ancora buone prospettive, malgrado le difficoltà esistenti e perché ha ancora voglia di continuare a scommettere sul futuro ⁴	89,3	94,1	
<i>L'orientamento delle strutture verso strategie più dinamiche</i>			
– Il mutamento delle strutture (accreditate e non) verso strategie più dinamiche ⁵ :	<i>Fino al 2010</i>	<i>Dal 2011 in poi</i>	
▪ Nessuna particolare strategia perché la situazione è buona e/o abbastanza buona	5,1	4,7	
▪ Una strategia di attesa sperando che le difficoltà attuali vengano superate	10,9	12,0	
▪ Una strategia di adattamento flessibile	60,0	46,6	
▪ Una strategia di significativo riposizionamento, ristrutturazione e riorganizzazione	18,2	32,7	
▪ Una strategia di trasformazione profonda delle strategie e della gestione dell'impresa	5,8	4,0	
Totale	100,0	100,0	
<i>La tenuta di occupazione e investimenti</i>			
– L'andamento positivo dell'occupazione (in crescita forte + discreta + costante ma consistente) ⁶ :	2010/2009	2011/2010	
▪ Case di cura accreditate	89,7	81,3	
▪ Case di cura non accreditate	58,6	68,7	
– L'andamento positivo degli investimenti (in crescita forte + discreta + costante ma consistente) ⁷ :			
▪ Case di cura accreditate	75,4	63,8	
▪ Case di cura non accreditate	88,2	82,4	

(9) Corrispondente alla tavola 11, pag. 44.

(1) Cfr. tabella 1/Parte terza, pag. 140 e tabella A1 del relativo Allegato statistico.

(2) Cfr. tabella 4/Parte terza, pag. 145 e la tabella A4 del relativo Allegato statistico.

(3) Cfr. tabella 3/Parte terza, pag. 142.

(4) Cfr. tabella 8/Parte terza, pag. 151 e la tabella A8 del relativo Allegato statistico.

(5) Cfr. tabella 9/Parte terza, pag. 153 e la tabella A9 del relativo Allegato statistico.

(6) Cfr. tabella 12/Parte terza, pag. 157.

(7) Cfr. tabella 13/Parte terza, pag. 159.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2011*

Tab. 5 – Confronto tra incidenza della spesa per l’ospedalità pubblica e per l’ospedalità privata accreditata sul totale della spesa sanitaria

<i>Anni</i>	<i>Incidenza della spesa ospedalità pubblica sul totale della spesa sanitaria</i>	<i>Incidenza della spesa ospedalità privata accreditata sul totale della spesa sanitaria pubblica</i>
– 2004	42,8%	4,1%
– 2005	43,2%	4,1%
– 2006	45,4%	4,1%
– 2007	46,4%	4,1%
– 2008	46,6%	4,1%
– 2009	46,8%	4,0%

Fonte: indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2011

Rete Nazionale Assistenza Domiciliare e Ospedaliera Anziani, Malati e Disabili
www.privatassistenza.it – www.italiassistenza.it
Presentazione del 9° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2011”

Tab. 6 – I segnali di crescita culturale e comportamentale di cittadini e di utenti effettivi ^(*)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>				
I CITTADINI					
– Conoscenza odierna da parte dei cittadini delle disposizioni che permettono di utilizzare sia ospedali pubblici che ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi: ¹	<u>2003</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
▪ Sì, con chiarezza	27,9%	31,6%	35,5%	39,2%	42,0%
▪ Sì, ma con una certa vaghezza	40,5%	43,1%	43,1%	37,9%	36,5%
– Giudizio da parte dei cittadini sulle possibilità di utilizzare ospedali pubblici e ospedali privati accreditati senza oneri aggiuntivi per il paziente (giudizi “molto + abbastanza positivi”, la netto delle mancate risposte): ²	<u>2003</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
	69,9%	74,6%	75,5%	74,5%	75,7%
– Conoscenza da parte dei cittadini della possibilità di trasferirsi per cura in ospedali al di fuori della propria Regione	<u>2005</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
▪ sono perfettamente a conoscenza	21,8%	28,3%	31,9%	35,4%	39,0%
▪ sembrano ricordare	43,2%	43,6%	41,5%	38,9%	38,8%
GLI UTENTI EFFETTIVI					
– Conoscenza della possibilità di utilizzare un ospedale privato accreditato senza oneri aggiuntivi da parte di chi ha utilizzato negli ultimi dodici mesi un ospedale pubblico: ⁴	<u>2003</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
	63,7%	68,1%	64,3%	78,9%	73,0%
– Scelta potenziale (certa e/o probabile) di un ospedale privato accreditato in alternativa all’ospedale pubblico se si fosse conosciuta tale possibilità da parte degli utilizzatori di un ospedale pubblico negli ultimi dodici mesi (al netto delle mancate risposte): ⁵	<u>2003</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
	53,7%	59,2%	51,5%	41,5%	50,6%
– Proporzione degli utilizzatori degli ospedali negli ultimi dodici mesi, che hanno preso in considerazione le varie possibilità prima di ricoverarsi: ⁶	<u>2003</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
▪ scegliendo poi un ospedale pubblico	25,7%	20,2%	21,2%	19,7%	19,8%
▪ scegliendo poi un ospedale privato accreditato	46,1%	35,7%	36,0%	30,4%	40,4%
▪ scegliendo poi una clinica privata	56,6%	37,4%	46,5%	46,1%	53,8%
I CITTADINI					
– “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, al netto dei “non so”) ⁷ ”	<u>2004</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
	87,2%	89,7%	88,3%	89,1%	88,6%
– “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’ospedalità privata accreditata” (giudizi “molto + abbastanza d’accordo”, al netto dei “non so”) ⁷	<u>2004</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
	79,3%	80,8%	84,3%	80,8%	80,3%

(*) Corrispondente alla tavola 15, pag. 53.

(1) Cfr. tabella 14/Parte seconda, pag. 108.

(2) Cfr. tabella 15/Parte seconda, pag. 108.

(3) Cfr. tabella 16/Parte seconda, pag. 110.

(4) Cfr. tabella 7/Parte seconda, pag. 94.

(5) Cfr. tabella 8/Parte seconda, pag. 94.

(6) Cfr. tabella 5/Parte seconda, pag. 88.

(7) Cfr. tabella 22/Parte seconda, pagg. 120-121.

Fonte: indagine *Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2011*

Rete Nazionale Assistenza Domiciliare e Ospedaliera Anziani, Malati e Disabili
 www.privatassistenza.it – www.italiassistenza.it
 Presentazione del 9° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute/2011”

Tab. 7 – Bisogni da soddisfare e orientamenti del sistema privato accreditato ^(*)

<i>Fenomeni</i>	<i>Dati</i>
<i>Le attese dei cittadini</i>	
– Presenza nell’ambito della famiglia ristretta di persone da 60 anni e oltre con bisogni di aiuto sul piano della salute e/o dell’assistenza ¹	7,1%
– Presenza nell’ambito della famiglia allargata di persone da 60 anni e oltre con bisogni di aiuto sul piano della salute e/o dell’assistenza ¹	20,8%
	<i>Giudizi</i>
	<i>“molto + abbastanza d’accordo”</i>
– “Sarei interessato ad avere un ospedale che si prende cura di tutto ciò che ha a che fare col post-ricovero delle persone anziane (prescrizione delle medicine, visite di controllo, attività di riabilitazione, suggerimenti per la dieta, fornitura di informazioni per assistenza a domicilio, ecc.)” ²	78,7%
– “Sarebbe utile che gli ospedali potessero diventare strutture che si occupano non solo dell’attività sanitaria ma anche di parte delle attività assistenziali, poiché il paziente anziano è uno solo e ha bisogno di entrambe le tipologie di servizi” ²	81,4%
– “Il Servizio Sanitario Regionale dovrebbe utilizzare al meglio ospedali pubblici e privati accreditati, affinché entrambi forniscano servizi sanitari e parte almeno dei servizi assistenziali, venendo incontro ai bisogni delle famiglie che devono assistere una persona anziana” ²	83,3%
– “Stante l’importanza di avere servizi integrati tra sanità e assistenza nei confronti degli anziani sarei anche disponibile a contribuire in maniera significativa con le mie risorse familiari pur di dare al paziente anziano le risposte di cui ha bisogno” ²	57,3%
	<i>Giudizi</i>
	<i>“molto + abbastanza d’accordo”</i>
<i>Gli orientamenti delle strutture accreditate</i>	
– “In un quadro di scarsità di risorse pubbliche bisogna allargare le prestazioni ospedaliere verso funzioni e servizi che le strutture pubbliche non possono o non vogliono svolgere ma che i cittadini richiedono in maniera crescente (riabilitazione, protesica, ma anche assistenza integrativa sul territorio per gli anziani e per i pazienti che vivono da soli)” ³	68,9%
– “Questo significa prestare servizi non solo attraverso il riconoscimento di DRG ospedalieri in senso stretto, bensì anche di DRG di tipo sanitario-assistenziale, a cavallo tra ospedalizzazione e servizi territoriali” ³	51,2%
– Bisognerà anche compiere importanti passi di collaborazione col mondo assicurativo sia di tipo privato individuale sia quello legato ai fondi integrativi di categoria e di territorio, diretti a coprire i bisogni di assistenza dei pazienti anziani” ³	60,6%

(*) Corrispondente alla tavola 16, pag. 55.

(1) Cfr. tabella 24/Parte seconda, pag. 126.

(2) Cfr. tabella 29/Parte seconda, pagg. 134-135.

(3) Cfr. tabella 10/Parte terza, pag. 154.

Fonte: *indagine Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, 2011*