

CAPITOLO 8b

Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali¹

Cassa R.², Collicelli C.³, Santurri P.², Spandonaro F.⁴

8b.1. Un tema allo studio da tempo

La questione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie regionali viene studiata da oltre un decennio: basti ricordare che il *Progetto Mattoni*, voluto dal Ministro della Salute Livia Turco con lo scopo di avviare una riflessione strategica, approfondita e condivisa, sugli assetti del sistema, conteneva per la prima volta uno specifico "Mattone" dedicato ai tempi di attesa in sanità. È poi del 2010 uno studio specifico di AgeNaS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) nel quale si riprende la tematica, in particolare facendo cenno a due fonti esterne che si sono occupate del problema: una Fondazione di ricerca particolarmente sensibile alle questioni sociali, il Censis, e una Associazione di rappresentanza della società civile, che ha dato vita ad uno specifico strumento di tutela dei pazienti della sanità, CittadinanzAttiva: «*Sappiamo che, da parte dei cittadini i tempi di attesa sono percepiti come un vero e proprio "nodo problematico" verso il quale sono indirizzati moltissimi reclami e richieste di interventi migliorativi* (Censis, 2010); *prenotare una prestazione sanitaria può tramutarsi in una sorta di percorso ad ostacoli che complica notevolmente l'accesso alle cure* (CittadinanzAttiva-Tribunale per i diritti del malato, 2006)» (Agenas 2010).

Al tempo stesso Agenas (2010) indica l'esistenza in alcune Regioni, ed in particolare in Emilia Romagna, di specifici progetti volti a trovare soluzioni concrete alle disfunzioni rilevate, ad esempio attraverso la creazione di sistemi di prioritarizzazione in base

alla gravità delle condizioni di salute.

A seguito dello sviluppo avuto dal dibattito sul tema, nel 2010 il Ministero della Salute emana uno specifico Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), per il periodo 2010-2012, che sancisce i tempi massimi di attesa per alcune prestazioni, ben 58 tra visite specialistiche, esami diagnostici e interventi chirurgici.

Il tema delle attese per l'accesso alle prestazioni rimane nel percepito della Società italiana, la maggiore criticità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e si lega a quello della spesa *Out Of Pocket* (OOP): infatti i cittadini pagano in proprio strutture private, o pubbliche in regime di Intramoenia, per accedere più tempestivamente alle prestazioni sanitarie.

Con l'Indagine Istat su Salute e Sanità del 2013-2014 vengono raccolte e diffuse per la prima volta informazioni attendibili, in quanto riferite ad un campione molto ampio di popolazione italiana, sulle modalità di spesa dei cittadini italiani per alcune importanti tipologie di prestazioni sanitarie (visite mediche specialistiche, analisi del sangue, esami specialistici, farmaci, assistenza domiciliare, interventi chirurgici, ricoveri ospedalieri e prestazioni odontoiatriche).

Ne risulta che, durante l'anno che precede la rilevazione campionaria, oltre 8 famiglie su 10 hanno sostenuto spese di tasca propria per l'acquisto di almeno una delle prestazioni sanitarie sopra citate. Il 41,3% ha pagato le visite interamente ed il 21,3% ha pagato il solo *ticket* di compartecipazione. Rispetto agli importi spesi, il 32,2% delle famiglie italiane ha speso meno di € 250 in un anno, il 30,3% tra € 250

¹ La ricerca da cui è tratto il presente contributo è stata possibile grazie ad un finanziamento di Fondazione Luoghi Comuni ed è stata pubblicata dalla CGIL-FP

² CODRES

³ Cnr-Itb

⁴ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

e € 600 ed il 37,4% oltre € 600. Per quanto riguarda gli esami specialisti, il 63,3% di chi ne ha effettuati ha sostenuto delle spese ed il 33,0% ha speso oltre € 150. Per le analisi di laboratorio il 58,1% ha sostenuto delle spese ed il 37,7% ha speso oltre € 120. Per la riabilitazione è il 14,9% delle famiglie italiane ad aver fatto trattamenti riabilitativi e tra questi il 71,5% ha sostenuto delle spese ed il 33,4% ha pagato una somma uguale o superiore a € 400. Per le prestazioni odontoiatriche l'85,6% degli italiani che hanno effettuato visite si è rivolto a un dentista/ortodontista libero professionista.

A seguito delle analisi e dei dati raccolti e pubblicati nell'ambito dell'indagine Istat, dal 2014 in poi si è sviluppato un vero e proprio filone di riflessioni e ricerche sul tema. In particolare, il Censis ha dato vita a diverse ulteriori ricerche sul campo, volte a misurare l'entità delle attese nei diversi territori, congiuntamente all'ammontare della spesa OOP sostenuta dalle famiglie, distinguendo per categorie di prestazioni ed anche per tipologia di pagamento (*ticket*, intramoenia e pagamento pieno in strutture private). Per quanto riguarda gli aspetti motivazionali della domanda, lo studio Censis del 2015, ad esempio, ipotizza che la crescita dell'ansia rispetto ai problemi di salute, congiuntamente alla fiducia nelle possibilità diagnostiche e terapeutiche, porti ad un aumento degli accessi che a fatica il sistema pubblico riesce a gestire in maniera temporalmente appropriata. Il Censis aggiunge che «*emerge una dinamica inversamente proporzionale tra costi e tempi di attesa*» per cui ad un maggiore esborso corrisponde una tempistica accelerata. E stima che ogni singolo giorno di attesa risparmiato abbia un valore monetario che va dai € 4 per la colesterolemia ai € 28 per il trattamento endodontico (Censis - RBM Salute 2016).

Nel 2016 vengono resi noti anche i nuovi dati del Tribunale per i Diritti del Malato-CittadinanzAttiva, che si basano su 21.493 segnalazioni giunte nel corso del 2015 al Pit Salute nazionale e ai Pit Salute locali e sezioni territoriali del Tribunale. Più di uno su dieci dei segnalanti (10,8%) fa riferimento all'insostenibilità economica delle cure, e gli esborsi di tasca propria risultano in crescita tra il 2014 e il 2015. Ancora Pit Salute indica che diminuiscono le

segnalazioni di liste di attesa per esami diagnostici semplici, dal 36,7% del 2014 al 25,5% del 2015, ma crescono per gli interventi chirurgici (35,3% nel 2015 vs il 28,8% del 2014) e per le visite specialistiche (34,3% vs 26,3%). In testa, per segnalazioni su lunghi tempi di attesa negli interventi chirurgici, l'area dell'ortopedia, con il 30,7% (era il 27,5% nel 2014); per le visite specialistiche l'area dell'oculistica (25% vs 18,5% nel 2014); per gli esami diagnostici, le prestazioni per le quali si attende di più sono le ecografie (18,8%, 24,1% nell'anno precedente).

Risulta evidente che l'onere della compartecipazione alla spesa dei servizi del SSN, e l'allungamento delle liste di attesa, contribuiscono allo sviluppo di un'offerta privata di servizi spesso concorrenziale con quella pubblica, tanto per il costo – persino per chi non dispone di una copertura assicurativa o mutualistica privata –, quanto per i tempi di risposta. In altre parole, la Sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante almeno in parte dalle “inefficienze” del pubblico.

Per quanto riguarda la domanda, poi, è ormai chiaro che i comportamenti dei cittadini in materia di accesso ai servizi sanitari seguono logiche articolate e variabili, significativamente influenzate per un verso dalle problematiche economiche e dall'altro dalla crescente attenzione nei confronti della salute e nelle possibilità di curarsi: convivono fasce di popolazione che optano sempre, per vari motivi, per il privato; altre che prediligono sempre, laddove possibile, il pubblico; e segmenti di popolazione che scelgono di volta in volta, tenendo conto degli aspetti clinici, di quelli organizzativi e di quelli economici, secondo una logica di arbitraggio e di *empowerment*. In alcuni casi le difficoltà provocano comportamenti di rinuncia o posticipazione della prestazione.

Non c'è bisogno di sottolineare quanto la situazione che si è venuta a creare sia critica rispetto ai principi dell'universalismo, della appropriatezza e dell'equità e quale ruolo giochino parametri quali le differenze di reddito, le variabili di natura culturale, la maggiore o minore consapevolezza dell'importanza delle attività di cura e prevenzione, lo status sociale e il reddito delle famiglie, nel determinare le sorti sanitarie per i singoli e le famiglie.

8b.2. Gli obiettivi della ricerca

Sulla base delle evidenze brevemente citate, C.R.E.A. Sanità ha condotto nel 2017 una ricerca nell'ambito dell'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, istituito dalla Cgil Funzione Pubblica nello stesso anno. La ricerca parte dal presupposto che gli obiettivi della sanità pubblica italiana prevedono una copertura universale generalizzata (fatta eccezione per alcuni segmenti di offerta quali l'odontoiatria), che si scontra con l'evidenza di una dilatazione dell'area della spesa privata OOP e, nel medesimo tempo, dell'incremento dei tempi di attesa per l'accesso ad alcune prestazioni.

In coerenza con quanto finora affermato, l'attenzione dell'indagine si è focalizzata su costi e tempi di attesa, sia per le prestazioni richieste al SSN (tipicamente soggette ad un *ticket*) erogate dalle strutture pubbliche e in quelle private accreditate con il SSN, sia per quelle a "tariffa piena" dei solventi nel settore privato ed in intramoenia nel pubblico.

La rilevazione è stata condotta su 4 Regioni, scelte per la loro rappresentatività geografica (Lombardia nel Nord-Ovest, Veneto nel Nord-Est, Lazio nel Centro e Campania nel Sud) e le loro dimensioni: complessivamente le 4 Regioni contano 26.673.480 residenti, pari a quasi la metà (43,9%) della popolazione italiana.

I dati sono stati acquisiti direttamente presso le unità oggetto di indagine, sia per il settore pubblico che per il comparto privato dell'offerta sanitaria presente sul territorio, ed hanno riguardato 356 strutture sanitarie, pubbliche e private, e 26 province (10 in Lombardia, 7 in Veneto, 4 nel Lazio e 5 in Campania).

Le 11 prestazioni sanitarie prese in considerazione comprendono sia visite specialistiche (visita oculistica ed ortopedica) che prestazioni di diagnostica (Rx articolare, Spirometria, Ecocardiografia, Eco-doppler venoso arti inferiori, Eco tiroide, Colonscopia, Gastroscoopia, Elettromiografia, Coronarografia).

Va sottolineato che la rilevazione è stata effettuata con riferimento a prestazioni erogate in regime "nor-

male" o di "elezione", non rilevando quindi in tema di appropriatezza delle risposte, quanto di generale organizzazione del sistema.

Il questionario utilizzato è di tipo strutturato e presenta la seguente articolazione al proprio interno:

- dati relativi ai tempi di attesa per le prestazioni fruite nel pubblico con *ticket*, nel pubblico in regime di intramoenia, nel privato convenzionato e nel privato a pagamento totale
- dati relativi ai costi in regime di tariffa piena e di intramoenia
- dati sulle specializzazioni presenti nella struttura
- dati sugli operatori presenti in ciascuna delle unità rilevate (personale medico, paramedici e amministrativi)
- natura e tipologia delle strutture oggetto di indagine, ivi compreso l'eventuale accreditamento con il SSN.

I nominativi delle strutture contattate da Codres nel corso dell'indagine sono stati acquisiti attraverso una ricerca presso gli archivi C.R.E.A. e tramite la consultazione via *web* di siti specifici; sono stati consultati i responsabili delle strutture, o in seconda scelta altri soggetti che, per il ruolo ricoperto e le funzioni svolte, fossero in grado di fornire le informazioni richieste. La rilevazione è stata effettuata tramite il ricorso a più strumenti telematici (telefono, *fax*, *e-mail*).

Inoltre, la ricerca ha voluto contestualizzare i risultati, affiancando alla rilevazione sulle attese ed i costi, il livello di offerta pubblica (SSN) a livello regionale. A tale scopo la consistenza dell'offerta del SSN è stata misurata attraverso 3 *proxies*: il personale per residente, i posti letto per residente e la spesa convenzionata per residente. Le correlazioni statistiche che ne derivano vanno interpretate come tali, non potendosi definire con evidenza i nessi causali fra i fenomeni.

I risultati della ricerca, a distanza di alcuni anni dall'ultima ricerca condotta con analoga metodologia, possono quindi costituire uno strumento utile per la comprensione dello stato dell'arte in tema di equità ed universalismo.

8b.3. I risultati a livello nazionale

Per fornire una visione di insieme dei risultati ottenuti, è opportuno partire dall'analisi del valore medio emerso nelle quattro Regioni congiuntamente considerate, uno spaccato nazionale significativo. A tale proposito appare immediatamente evidente che, a distanza di alcuni anni, l'indagine conferma le criticità già rilevate da Istat, Censis e Pit-Salute, precedentemente citate.

In particolare, per quanto riguarda i tempi di attesa (Tabella 8b.1.), le Regioni analizzate presentano nel loro insieme valori medi molto elevati, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni effettuate nelle strutture pubbliche in regime SSN che, per il set di prestazioni rilevate, vanno dai 23 giorni per un Rx articolare ai 96 per una colonscopia. Solo per una delle prestazioni considerate si rimane sotto i 30 giorni. Anche se va ricordato che si tratta di tempi per prestazioni senza esplicita indicazione di urgenza: per queste ultime, infatti, l'accesso è regolato da norme specifiche di priorità, e quindi certamente più rapido.

In ogni caso, rispetto a quanto rilevato dal Censis nel 2014 e 2015 per tre delle prestazioni sottoposte ad indagine (visita oculistica, visita ortopedica e colonscopia), il confronto (statisticamente spurio, ma sicuramente indicativo) mostra un ulteriore aumento dei giorni di attesa (Tabella 8b.2.). In particolare, per quanto riguarda le strutture pubbliche si passa da 61 giorni per la visita oculistica nel 2014 a 88 nel 2017, da 36 per la visita ortopedica nel 2014 a 56 nel 2017, e da 69 nel 2014 per la colonscopia a 96 nel 2017.

Per quanto riguarda le prestazioni in regime di intramoenia, i valori del 2017 sono bassi come i precedenti, ma comunque registrano una crescita (Tabella 8b.2.): da 5 giorni a 7 giorni per la visita oculistica, da 5 a 6 per la visita ortopedica e da 6 a 7 per la colonscopia.

In ambito privato (Tabella 8b.3.), i valori in termini di giorni di attesa sono molto diversi tra regime SSN e regime solventi: si registrano aumenti per la visita oculistica (da 40 a 52 giorni) e una contrazione per la colonscopia in regime SSN, mentre gli altri valori si confermano sostanzialmente pari a quelli del 2014 e 2015. Anche nel privato, in regime accreditato SSN,

per 4 prestazioni si è in media oltre i 40 giorni (Tabella 8b.1.).

Tabella 8b.1. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (media nazionale)

Prestazioni	Pubblico	Intra-moenia	Privato conven.	Privato solventi
Visita oculistica	88,3	6,7	52,2	6,3
Visita ortopedica	55,6	6,1	27,0	6,0
Rx articolare	22,6	4,4	8,6	3,3
Spirometria	43,9	4,6	12,8	5,2
Ecocardiografia	70,3	5,2	22,6	5,9
Ecodoppler venoso arti inf.	73,9	5,1	19,2	6,0
Eco tiroide	57,6	4,9	15,5	5,5
Colonscopia	96,2	6,7	46,5	10,2
Gastroscopia	88,9	6,3	42,3	10,2
Elettromiografia	62,2	5,0	20,9	6,2
Coronarografia	47,0	9,0	90,0	13,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.2. Tempi di attesa (giorni) per prestazioni in strutture pubbliche (media nazionale)

Prestazioni	2014	2015	2017	2014	2015	2017
	Pubblico			Intramoenia		
Visita oculistica	61,3	62,8	88,3	4,7	5,0	6,7
Visita ortopedica	36,4	42,6	55,6	5,3	6,2	6,1
Colonscopia	69,1	78,8	96,2	5,9	6,8	6,7

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017, CENSIS vari anni

Tabella 8b.3. Tempi di attesa (giorni) per prestazioni in strutture private (media nazionale)

Prestazioni	2014	2015	2017	2014	2015	2017
	Privato accreditato			Privato solventi		
Visita oculistica	40,5	40,2	52,2	7,4	7,3	6,3
Visita ortopedica	27,1	27,1	27,0	5,7	6,5	6,0
Colonscopia	73,8	69,1	46,5	10,8	8,8	10,2

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017, CENSIS vari anni

Tabella 8b.4. Costi (€) di prestazioni a pagamento (media nazionale)

Prestazioni	2014	2015	2017	2014	2015	2017
	Intramoenia			Privato solventi		
Visita oculistica	91,5	88,6	97,6	102,2	104,2	96,8
Visita ortopedica	108,1	107,2	105,7	106,9	109,1	103,0
Colonscopia	221,2	240,3	261,6	204,8	206,6	288,8

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017, CENSIS vari anni

Per tutte le prestazioni analizzate, può essere interessante notare i valori particolarmente elevati della coronarografia nel privato SSN e della colonscopia nel pubblico.

Per quanto riguarda i costi sostenuti dai pazienti, rilevati evidentemente solo per intramoenia e privato a pagamento, essi risultano mediamente abbastanza consistenti, ma in molti casi non molto distanti dai valori sostenuti per il *ticket* pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate. Particolarmente degno di nota è il confronto tra i due valori (intramoenia e privato a pagamento), da cui si evince una generale omogeneità, con alcuni punti di vantaggio a favore del privato a pagamento, in quanto meno caro ad esempio per radiografia articolare, spirometria ed elettromiografia.

Il confronto con i dati Censis del 2014 e 2015 per le tre prestazioni considerate in ambedue gli studi (Tabella 8b.4.), mostra aumenti del costo soprattutto per la colonscopia in intramoenia (da € 221 a € 261) e nel privato a pagamento (da € 204 a € 288), ed una situazione più o meno stazionaria per le altre due prestazioni (visita oculistica e visita ortopedica).

8b.4. La struttura dell'offerta regionale

Come premesso, al fine di contestualizzare a livello regionale le analisi condotte, sono stati elaborati alcuni confronti relativi all'offerta assistenziale garantita dal SSN nelle Regioni considerate.

Sono stati in particolare elaborati a livello aggregato 3 indicatori correlabili con il dimensionamento dell'offerta del SSN, sia per le strutture pubbliche,

che per quelle private accreditate.

A tale proposito va premesso che la lettura dei dati deve tenere conto della non perfetta confrontabilità degli stessi, in quanto sono numerosi i fattori confondenti. In particolare, non è stato possibile tenere conto in modo oggettivo dell'efficienza, come è noto difficilmente misurabile. In altri termini va specificato che non necessariamente un minor numero di posti letto, ovvero di personale, implica una minore possibilità di accesso, in quanto potrebbe essere compensato da una maggior efficienza, di cui però non siamo in grado di misurare l'entità.

Altro importante fattore confondente è la diversa struttura dei bisogni regionali, legata alle diverse età medie, come anche ai fattori socio-economici.

Si aggiunga che il Ministero della Salute rilascia con molto ritardo alcuni dati, quali ad esempio quello del personale, che ad oggi è fermo (ultimo dato) al 2013.

Con i caveat espressi, si può osservare quanto segue. A fronte di una media di 11,8 unità di personale del SSN per 1.000 residenti (comprese quelle relative alle strutture private equiparate alle pubbliche) a livello nazionale, si va da un valore di 8,6 della Campania ad uno di 16,6 della Valle d'Aosta. La Campania è quindi la Regione delle quattro rilevate in cui la "copertura" da parte di personale di strutture pubbliche (o equiparate) del SSN è minore; segue il Lazio con 11,1, ancora sotto la media nazionale; quindi la Lombardia con 11,7 (praticamente pari alla media) e il Veneto con 13,6, una delle Regioni a statuto ordinario con più personale pubblico.

Valutazioni analoghe si possono fare considerando i posti letto nelle strutture private accreditate dal SSN: a fronte di una media nazionale di 0,75 ogni 1.000 residenti, il range è estremamente ampio: la Campania ne ha 1,06 e la Liguria 0,13. Per le Regioni di nostro interesse, troviamo quindi ancora prima la Campania, che si conferma la Regione con la maggiore quota di privato, seguita dal Lazio (0,91) e dalla Lombardia (0,83); mentre il Veneto con 0,26 letti privati accreditati ogni 1.000 residenti è seconda solo alla Liguria, confermandosi Regione con un netto primato del "pubblico".

Ovviamente i dati sopra citati si riverberano sul-

le risorse destinate all'acquisto di servizi sanitari in convenzione/accreditamento. A fronte di una spesa media pro-capite nazionale per il 2015 di € 300,1 (Campania € 377,0, Umbria € 151,8), per le Regioni analizzate si passa dal dato della Campania (che si conferma la Regione con maggior presenza di privato), a quello del Lazio (€ 376,4), della Lombardia (€ 361,2), e del Veneto (€ 286,9). Si noti che il dato di Lazio e Lombardia è molto vicino a quello della Campania, il che si spiega presumibilmente con la presenza di strutture private che esercitano una forte attrazione di pazienti da altre Regioni.

Si osservi altresì che, fra il 2010 e il 2015, la spesa pro-capite in convenzione è rimasta stabile in Campania, mentre si è ridotta rispettivamente del 13,0% e del 14,0% in Lazio e Lombardia, diminuendo del 5,0% anche in Veneto. Da cui la conferma che la Campania è, in assoluto, la Regione con il maggior ricorso al privato, mentre il Veneto è fra quelle con la maggiore quota di copertura pubblica; Lazio e Lombardia, nell'ordine indicato, si posizionano su valori intermedi.

8b.5. I confronti tra Regioni

Per quanto riguarda il dettaglio regionale, ed in particolare le prestazioni erogate in strutture pubbliche in regime SSN, i cui tempi di attesa medi risultano come abbiamo visto particolarmente elevati, notevoli sono le differenze che si registrano tra le 4 Regioni dove è stata effettuata la rilevazione. Il Lazio, in particolare, si contraddistingue per tempi particolarmente lunghi specie per alcune prestazioni (ad esempio gastroscopia e colonscopia) (Tabella 8b.5.).

Ma non mancano casi di attese particolarmente lunghe anche in Lombardia (ad esempio per l'ecografia tiroidea) e in Campania (ad esempio per la visita oculistica). In intramoenia (Tabella 8b.6.) i tempi di attesa, già bassi nella media, presentano differenze tra le Regioni decisamente contenute. Per quanto riguarda le strutture private accreditate (Tabella 8b.7.) si registrano nuovamente tempi decisamente lunghi e anche differenze molto significative, soprattutto tra i tempi particolarmente lunghi relativi ad al-

cune prestazioni della Lombardia e della Campania. Basti citare i 63 giorni della colonscopia in Lombardia o i 52 della gastroscopia sempre in Lombardia, o i 90 giorni della coronarografia in Campania. Ancora nelle strutture private, per le prestazioni a pagamento pieno (Tabella 8b.8.) la situazione è simile all'intramoenia: tempi di attesa brevi e differenze limitate.

Tabella 8b.5. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime SSN (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	96,8	58,8	86,2	101,1	88,3
Visita ortopedica	59,5	26,1	84,3	55,3	55,6
Rx articolare	25,9	32,0	42,9	7,5	22,6
Spirometria	54,9	34,8	69,4	32,5	43,9
Ecocardiografia	83,7	95,4	117,9	36,2	70,3
Ecodoppler venoso arti inf.	98,1	55,0	123,0	42,5	73,9
Eco tiroide	110,0	35,0	123,7	22,1	57,6
Colonscopia	95,4	60,4	175,7	87,4	96,2
Gastroscopia	56,7	93,0	158,4	78,1	88,9
Elettromiografia	77,6	50,0	116,0	30,5	62,2
Coronarografia	nd	100,0	80,0	30,0	47,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.6. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	8,9	12,9	6,8	5,7	6,7
Visita ortopedica	8,9	7,7	6,2	6,2	6,1
Rx articolare	3,1	nd	7,4	2,3	4,4
Spirometria	5,7	nd	5,4	3,5	4,6
Ecocardiografia	3,4	7,1	6,6	4,4	5,2
Ecodoppler venoso arti inf.	4,3	1,0	7,0	4,4	5,1
Eco tiroide	4,1	nd	6,1	3,8	4,9
Colonscopia	5,1	12,1	6,8	6,4	6,7
Gastroscopia	5,2	nd	7,3	6,7	6,3
Elettromiografia	6,0	nd	5,3	4,1	5,0
Coronarografia	5,0	nd	10,3	nd	9,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.7. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture private regime convenzionato (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	71,8	58,6	16,0	18,3	54,5
Visita ortopedica	31,9	20,5	15,5	31,5	27,5
Rx articolare	9,6	nd	7,9	5,2	7,9
Spirometria	19,3	nd	12,0	6,9	14,3
Ecocardiografia	26,5	37,7	19,5	7,5	21,6
Ecodoppler venoso arti inf.	26,6	nd	18,4	7,5	18,9
Eco tiroide	28,3	nd	18,1	9,9	14,2
Colonscopia	63,5	43,0	14,3	28,8	46,5
Gastroscopia	52,6	nd	18,4	40,0	42,3
Elettromiografia	23,3	nd	11,0	14,9	20,8
Coronarografia	nd	nd	nd	90,0	90,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.8. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture private regime solventi (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	5,5	6,6	6,8	5,9	6,3
Visita ortopedica	4,6	5,7	6,4	7,3	6,0
Rx articolare	1,7	2,0	4,4	2,1	3,3
Spirometria	3,3	1,0	5,9	4,5	5,2
Ecocardiografia	3,3	5,6	6,8	5,5	5,9
Ecodoppler venoso arti inf.	4,3	12,0	6,3	5,5	6,0
Eco tiroide	3,7	4,0	5,7	5,2	5,5
Colonscopia	9,4	12,8	10,1	10,3	10,2
Gastroscopia	6,6	10,0	10,4	11,1	10,2
Elettromiografia	3,0	11,0	5,4	6,9	6,2
Coronarografia	nd	nd	2,0	16,7	13,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Per quanto riguarda il confronto della spesa sostenuta dal paziente in intramoenia nelle 4 regioni sottoposte ad analisi (Tabella 8b.9.), si registrano costi mediamente più sostenuti in Lombardia, fino al picco dei € 490 per la coronarografia, e valori mediamente più bassi in Campania e nel Lazio. Per le strutture private a pagamento completo (Tabella 8b.10.)

le differenze tra le Regioni sono altrettanto significative: basti guardare ai costi delle visite in Lombardia rispetto alla Campania e, in misura minore, Veneto e Lazio.

Tabella 8b.9. Costi (€) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	117,1	104,1	84,5	80,7	97,6
Visita ortopedica	115,6	112,6	100,0	95,0	105,7
Rx articolare	61,2	nd	56,8	21,7	50,1
Spirometria	49,3	nd	58,8	38,9	49,2
Ecocardiografia	123,0	104,3	99,5	87,9	102,8
Ecodoppler venoso arti inf.	109,7	110,0	81,6	85,1	91,9
Eco tiroide	82,8	nd	69,4	58,4	68,2
Colonscopia	271,1	203,0	298,5	259,1	261,6
Gastroscopia	188,0	nd	278,5	208,0	216,9
Elettromiografia	140,0	nd	138,9	87,9	120,3
Coronarografia	490,0	nd	400,0	nd	430,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Tabella 8b.10. Costi (€) per prestazione e Regione in strutture private regime solventi (medie)

Prestazioni	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	132,1	90,7	89,3	75,6	96,8
Visita ortopedica	121,4	110,8	95,8	90,0	103,0
Rx articolare	63,5	80,0	51,7	26,6	42,0
Spirometria	50,0	nd	60,4	37,8	51,1
Ecocardiografia	118,9	97,7	99,7	67,2	93,4
Ecodoppler venoso arti inf.	109,8	nd	96,0	64,5	87,4
Eco tiroide	79,7	55,0	74,5	54,1	68,5
Colonscopia	260,0	254,8	335,5	208,8	288,8
Gastroscopia	202,5	118,0	283,3	160,9	245,3
Elettromiografia	128,0	107,5	106,5	89,9	99,9
Coronarografia	nd	nd	800,0	1797,5	1465,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità 2017

Senza entrare in dettagli minuti sulla singola prestazione in ogni singola Regione, ma per completezza di informazione, basti dire che nei confronti interni ad ogni singola Regione, per quanto riguarda le liste di attesa sono ancor più evidenti le differenze tra strutture pubbliche e private convenzionate. Per quanto attiene ai costi sostenuti dai pazienti in intramoenia e nel privato a pagamento, le differenze risultano leggermente meno evidenti. Per i tempi di attesa ed i costi per singola Regione e per tipologia di struttura pubblica (presidi ASL, Azienda Ospedaliera, IRCCS), i risultati ricalcano nelle linee generali quelli medi nazionali e regionali. Alcune “asimmetrie”, soprattutto tra presidi ASL e Aziende Ospedaliere, risultano particolarmente degne di nota, in quanto segnalano una mancanza di coordinamento tra diverse strutture dello stesso territorio per quanto riguarda la regolazione dei flussi di accesso alle prestazioni e/o una carente gestione della domanda.

8b.6. Conclusioni

La rilevazione C.R.E.A. Sanità 2017 per l'*Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitarie Regionali della Cgil* conferma in primo luogo le evidenze emerse dalle precedenti ricerche e, in particolare, le preoccupazioni per l'impatto delle liste di attesa sull'accesso e, quindi, sull'universalismo del SSN. La rilevazione mostra che non solo il fenomeno non si riduce negli ultimi anni, anzi tende semmai ad aggravarsi.

La questione ha due evidenti “regolarità”: la prima è che la discriminante nel fenomeno è il regime di pagamento delle prestazioni; quelle in regime di elezione nel SSN (gratuite a meno dell'eventuale *ticket*) hanno, infatti, tempi di attesa alti e in qualche caso molto alti: è raro rimanere nei limiti dei 30 giorni nelle strutture pubbliche e spesso si supera il limite anche in quelle private accreditate; per quelle a pagamento (sia in intramoenia nel pubblico, che per i solventi nel privato) i tempi di accesso sono al contrario molto ridotti.

La differenza fra queste due “categorie” (a pagamento e non) è di un ordine di dimensione largamente maggiore di quello della differenza di tempo di accesso fra strutture pubbliche e private. Sebbene i tempi di attesa in quelle pubbliche siano più alti, peraltro non in modo generalizzato, comunque non lo sono in modo significativo. Analogamente fra quelle a pagamento le differenze di tempo di accesso fra pubblico e privato sono negligenze.

Osservazioni sovrapponibili possono farsi per quanto concerne i prezzi, che risultano molto vicini fra pubblico (intramoenia) e privato (extra SSN): anzi, in alcuni casi si è rilevato un costo in intramoenia più alto. Si noti, ancora, che i prezzi risultano molto competitivi nei confronti delle prestazioni erogate dal SSN e soggette a compartecipazione.

È, quindi, evidente che i tempi di attesa (ricordiamo che l'analisi è stata condotta su prestazioni non prescritte come urgenti) rischiano di risultare disallineati con le aspettative della popolazione e, insieme, le compartecipazioni ai costi rischiano a loro volta di essere disallineate con il valore di mercato delle prestazioni, esitando in una grave inefficienza del SSN, che si configura come *driver* del posizionamento competitivo delle strutture private. In altri termini la tempestività di accesso sembra una condizione garantita dal SSN solo per le prestazioni urgenti, mentre si tramuta in un “servizio a pagamento” nei casi restanti (numericamente di certo prevalenti).

La seconda regolarità è data per paradosso da “la mancanza di una regolarità”, se non nei dati aggregati a livello regionale. Sebbene i dati medi rilevati indichino qualche differenza significativa a livello regionale, quello che si rileva è principalmente una grande variabilità infra-regionale e anche fra strutture e prestazioni. E non si evidenzia alcuna correlazione fra tempi di attesa e caratteristiche regionali, né di tipo geografico, né tanto meno di struttura del servizio. Infatti, la quota di “presenza” privata nei Servizi Sanitari Regionali, non corrisponde ad un gradiente nei tempi di attesa.

Al più rileviamo che il Veneto, che è la Regione con la quota maggiore di strutture di erogazione

pubbliche, ha tempi di attesa mediamente inferiori; ma fra le altre Regioni non emerge alcuna associazione di tipo “strutturale”: la Campania che è la Regione con maggiore presenza privata, sembra avere tempi di risposta minori sia del Lazio, che fra le 4 è la Regione con maggiori problemi di accesso, che in alcuni casi della stessa Lombardia.

Anche l'analisi dei tempi per struttura erogatrice evidenzia grandi e non facilmente spiegabili differenze: il disallineamento, ad esempio, fra aziende ospedaliere e presidi di ASL, sebbene possa essere legato a questioni di specializzazione e/o di reputazione delle strutture, evoca un sistema carente di organizzazione e coordinamento, incapace di distribuire in modo efficiente la domanda o, al contrario, di riallocare l'offerta.

Per quanto concerne i limiti dello studio, va detto che, sebbene le 4 Regioni considerate siano di grandi dimensioni e distribuite nelle 4 ripartizioni geografiche, esse non sono statisticamente rappresentative del territorio nazionale. Anche il set di prestazioni rilevate non è strettamente rappresentativo, sebbene si tratti di prestazioni di accesso frequente e come tali indicative di come si formi la percezione del cittadino rispetto all'efficienza e all'universalismo di accesso del SSN.

Riferimenti bibliografici

- Agenas (2010), *I tempi di attesa nei siti web di Regioni e Aziende Sanitarie: la prospettiva del cittadino*, Roma
- Censis (2010), *Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_274_documenti_itemDocumenti_0_fileDocumento.pdf
- Censis-RBM salute (2016), *Oltre l'attuale welfare integrativo: rinnovare la previdenza complementare e la sanità integrativa*
- CittadinanzAttiva-Tribunale per i diritti del malato (2006), *Le liste d'attesa secondo l'ultima relazione Pit salute*, in Monitor, Num. 17, Roma
- CittadinanzAttiva-Tribunale per i diritti del malato (2016), *XIX Rapporto PiT Salute Servizio Sanitario Nazionale: accesso di lusso*, Roma
- Istat (2015), *Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*
- Ministero della Salute (anni vari), *Annuario statistico*
- Ministero della Salute (anni vari), *Annuario statistico personale*
- Ministero della Salute (anni vari), *Conti Economici delle Aziende Sanitarie*
- Ministero della Salute (2010), *Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa*

ENGLISH SUMMARY

Waiting lists and cost of services in the Regional Health Services

The C.R.E.A. 2017 Healthcare Survey for the CGIL Observatory on waiting lists and cost of services in the Regional Health Services was conducted in 4 Italian regions: Lombardia for the North-West; Veneto for the North-East; Lazio for Central Italy and Campania for the South. The survey highlights the concerns about the impact of waiting lists on access to the NHS and, hence, on its universal nature.

The issue has two obvious “regularities”: the first is that the discriminating factor is the system for paying services. In fact, those falling within the NHS scope (free of charge except for the possible prescription fee) have long waiting lists and, in some cases, very long ones: rarely they are provided within 30 days in public structures and often exceed this term even in the private accredited ones. Conversely, for the services provided not for free (both by private physicians in public structures - the so-called intramoenia regime - and for paying patients in the private structures) waiting lists are very short.

The difference between these two “regimes” (paid or free of charge) is much larger than the difference in waiting lists between public and private structures. Although the waiting lists in public structures are longer - although not in a generalized way - they are not significantly longer than in private ones. Similarly, for the paid ones, the differences in waiting lists between the public and private structures are negligible.

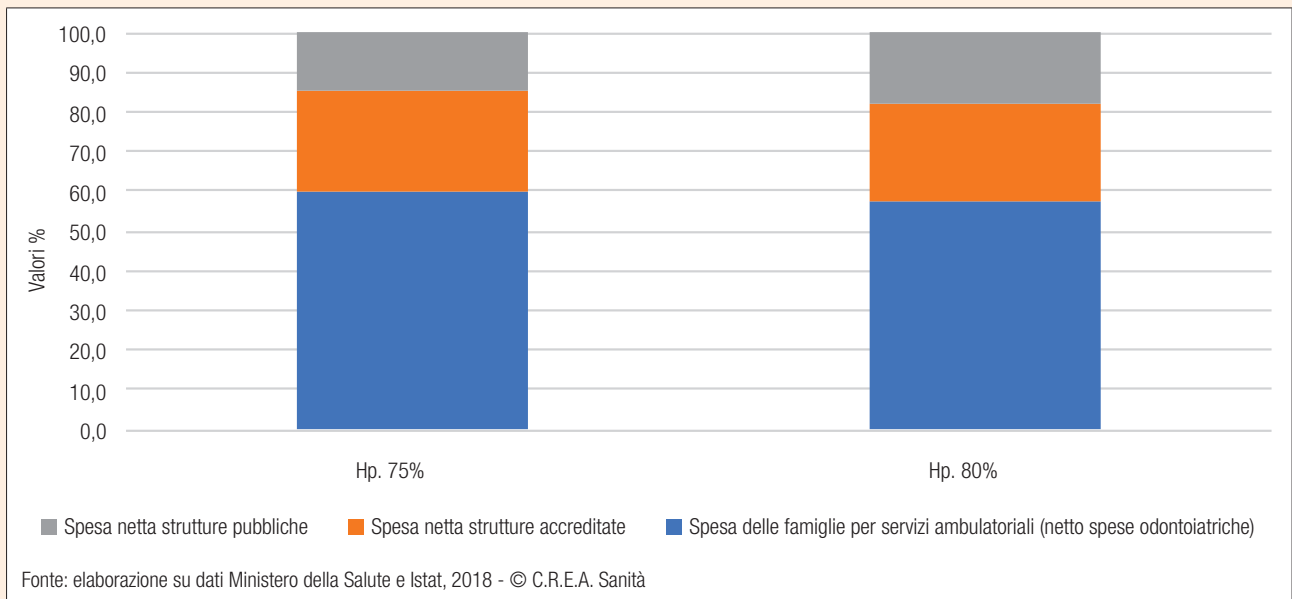
The same holds true for prices, which are not very

different between the public structures (under the intramoenia regime) and the private ones (outside the NHS scope): indeed, in some cases, a higher cost is recorded under the intramoenia regime. It should also be noted that private prices are very competitive with regard to the services provided by the NHS and subject to co-payments and cost sharing.

It is therefore evident that the waiting lists risk not being in line with people’s expectations (the analysis was conducted on services not prescribed as urgent). Altogether, co-payments and cost sharing - in turn - risk not being in line with the market value of services, thus resulting in a severe inefficiency of the NHS, which is to be seen as a driver of the private structures’ competitive positioning. In other words, timely access seems to be a condition guaranteed by the NHS only for urgent services, while it turns into a “paid service” in the remaining cases (which are certainly prevailing in number).

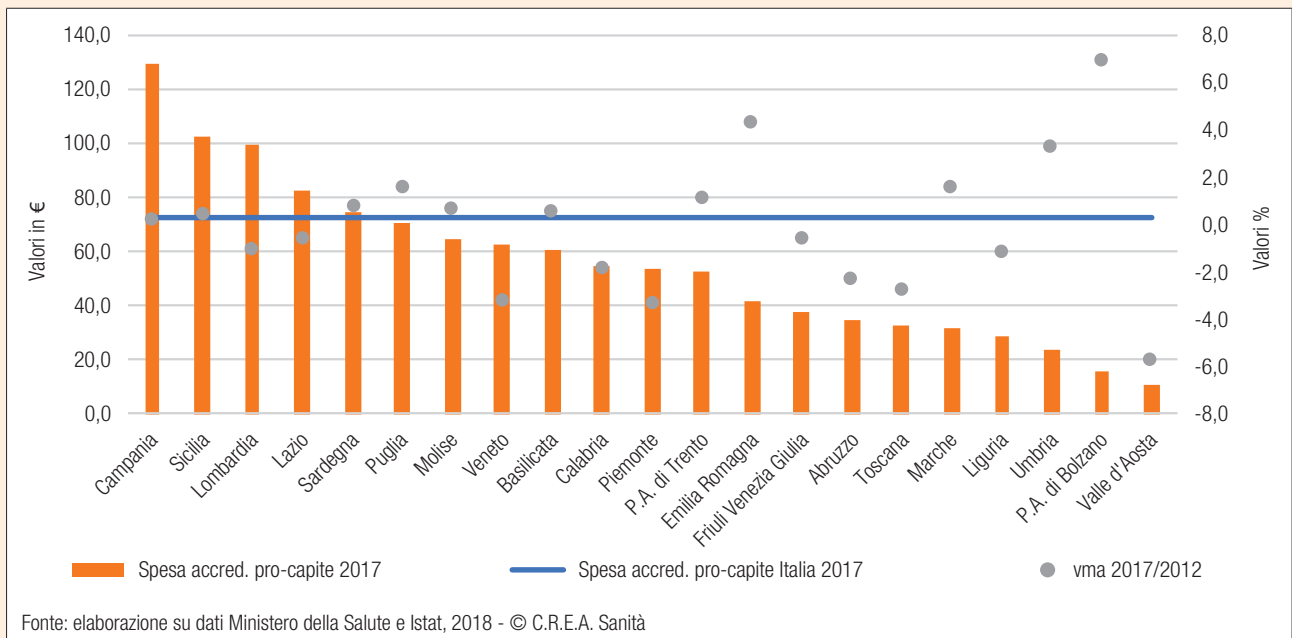
Paradoxically, the second regularity is due to “the lack of regularity”, if not in the aggregated data, at regional level. Although the average data surveyed shows some significant differences at regional level, a great variability between regions and also between structures and services is mainly recorded. Furthermore, there is no correlation between waiting lists and regional characteristics, neither at geographical level nor at service structure level. In fact, the share of private “presence” in the Regional Health Services does not correspond to a difference in waiting lists.

KI 8.1. Spesa totale per la specialistica ambulatoriale. Anno 2017



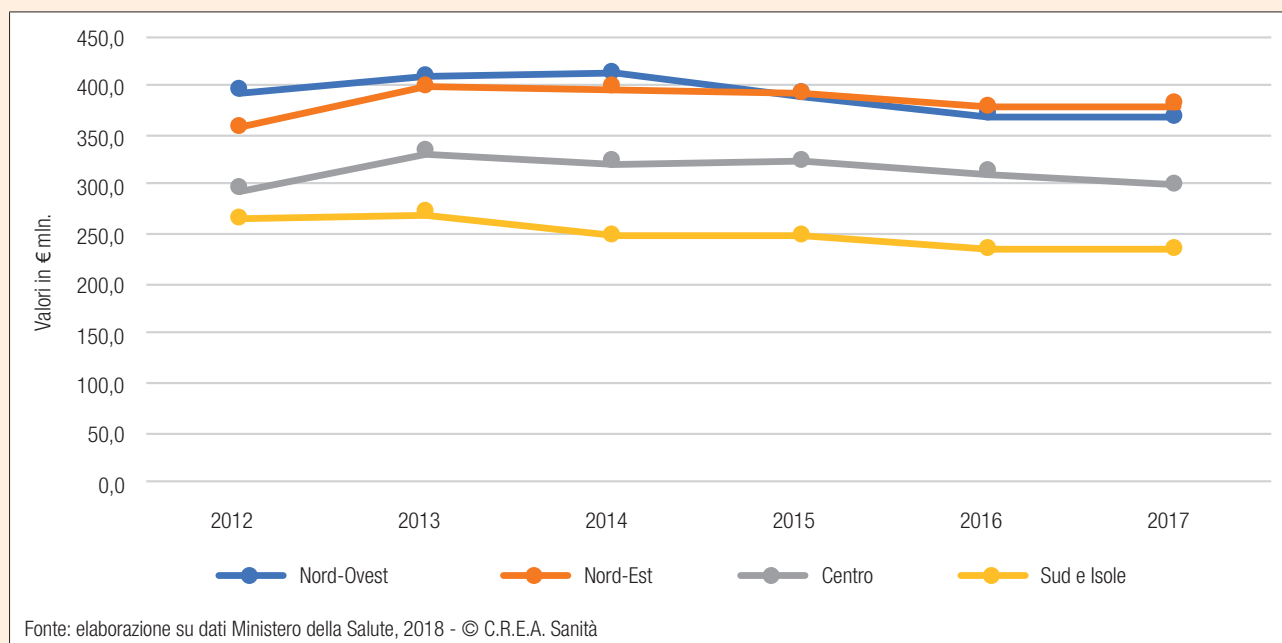
Nel 2017 stimiamo una spesa per l'assistenza specialistica compresa nel range € 17,6-€ 19,4 mld., pari tra il 6,3% - 9,0% della spesa sanitaria pubblica totale; tale spesa è composta per il 57,6% - 59,8% da spesa *Out of Pocket* delle famiglie, per il 24,2%-25,1% da spesa per assistenza erogata da strutture private accreditate e per 15,1%-18,2% da quella delle strutture pubbliche. La stima è prodotta in un range derivante da una ipotesi di lavoro che prevede che la quota di spesa riferibile alle prestazioni effettuate in strutture private non accreditate sia nel range 75,0%-80,0% della spesa privata al netto di spese odontoiatriche, dell'intramoenia e dei *ticket* introitati dalle strutture pubbliche e che analogamente tale incidenza rimanga la stessa per le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche.

KI 8.2. Spesa pro-capite e variazione media annua per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da strutture accreditate



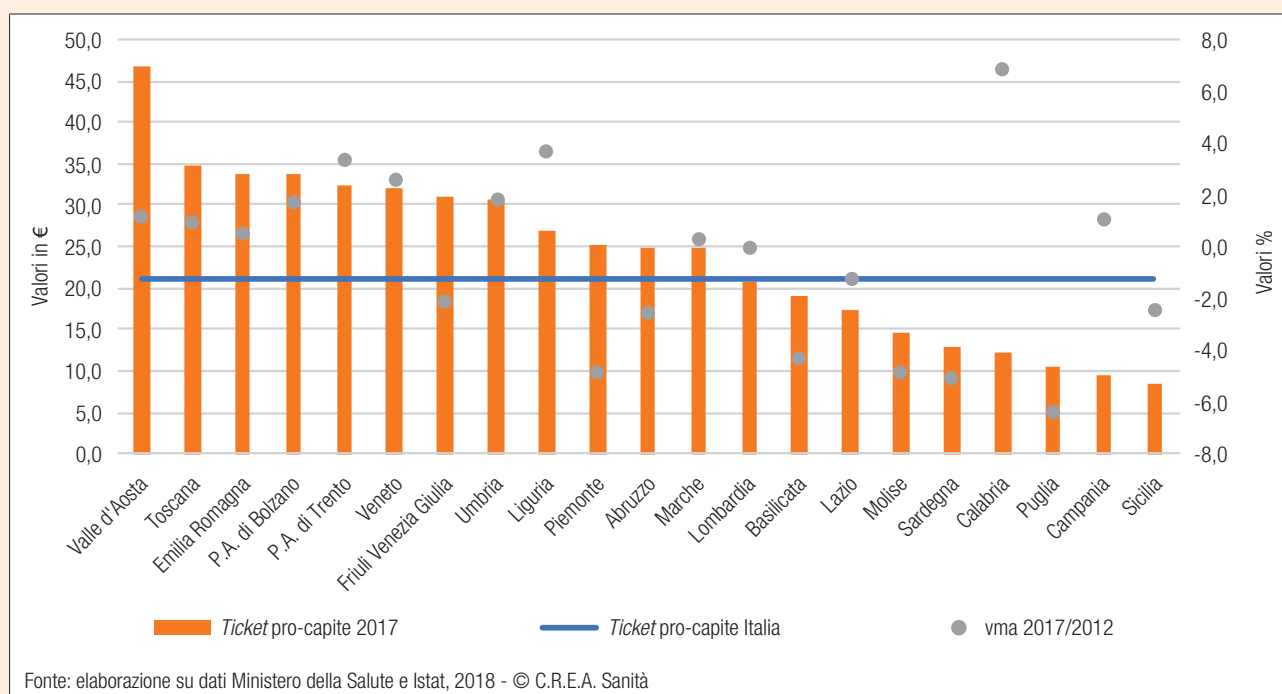
La spesa pro-capite per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da strutture accreditate, nel 2017, ammonta a € 72,8 con una contrazione dello 0,6% medio annuo in confronto al 2012. La spesa ha evidenziato una variazione media annua del -1,3% nelle Regioni settentrionali, del -0,7% in quelle centrali e del +0,2% in quelle meridionali. Il valore massimo si registra in Campania, Sicilia e Lombardia (rispettivamente € 129,1, € 102,6 e € 99,0); all'estremo opposto si collocano Umbria (€ 23,3), P.A. di Bolzano (€ 16,0) e Valle d'Aosta (€ 10,5).

KI 8.3. Compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale



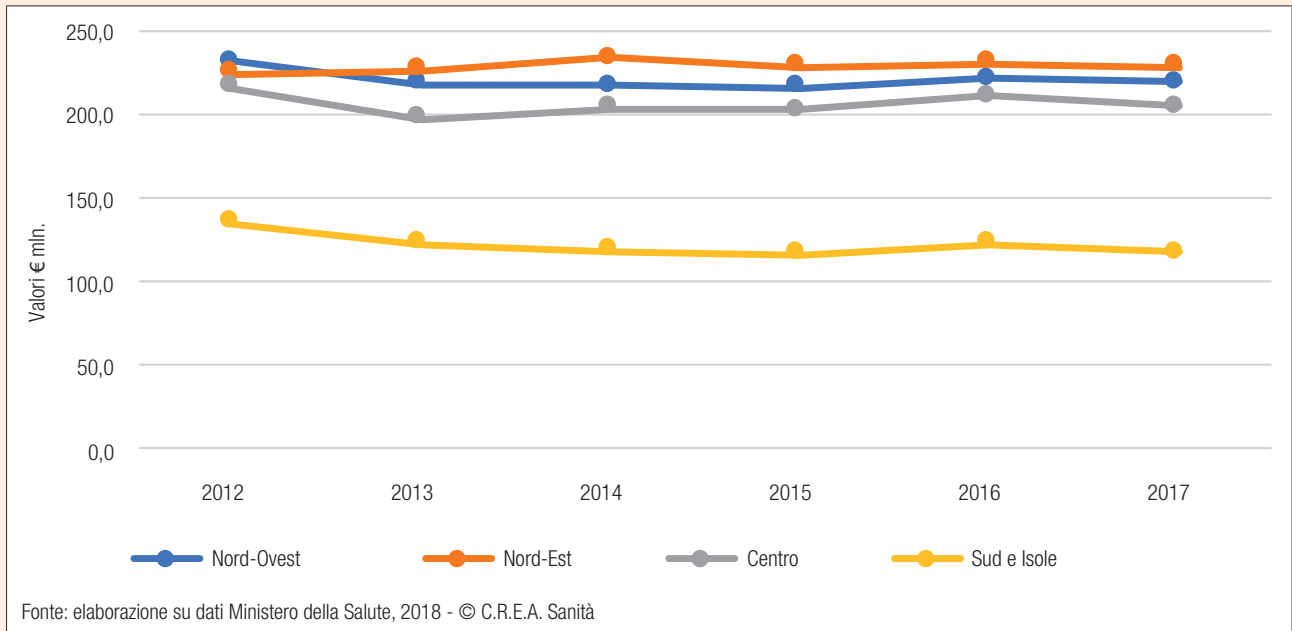
Nel 2017, le compartecipazioni sulla spesa per specialistica ambulatoriale ammontano a € 1.279,3 mln. in riduzione del 2,3% rispetto al 2012. Le contrazioni più cospicue hanno interessato le Regioni della ripartizione meridionale (-11,8% complessivamente). Seguono le Regioni del Nord-Ovest dove i *ticket* si sono ridotti del 6,4% passando da € 392,1 mln. nel 2012 a € 366,8 mln. nel 2017. Nelle Regioni del Nord-Ovest ed in quelle centrali, invece, i *ticket* sulla specialistica ambulatoriale sono aumentati: del 6,2% passando da € 357,5 mln. a € 379,6 mln. nel primo caso e dell'1,6% nel secondo caso (€ 293,8 mln. nel 2012 vs € 298,6 mln. nel 2017).

KI 8.4. Compartecipazione pro-capite e variazione media annua alla spesa specialistica e ambulatoriale



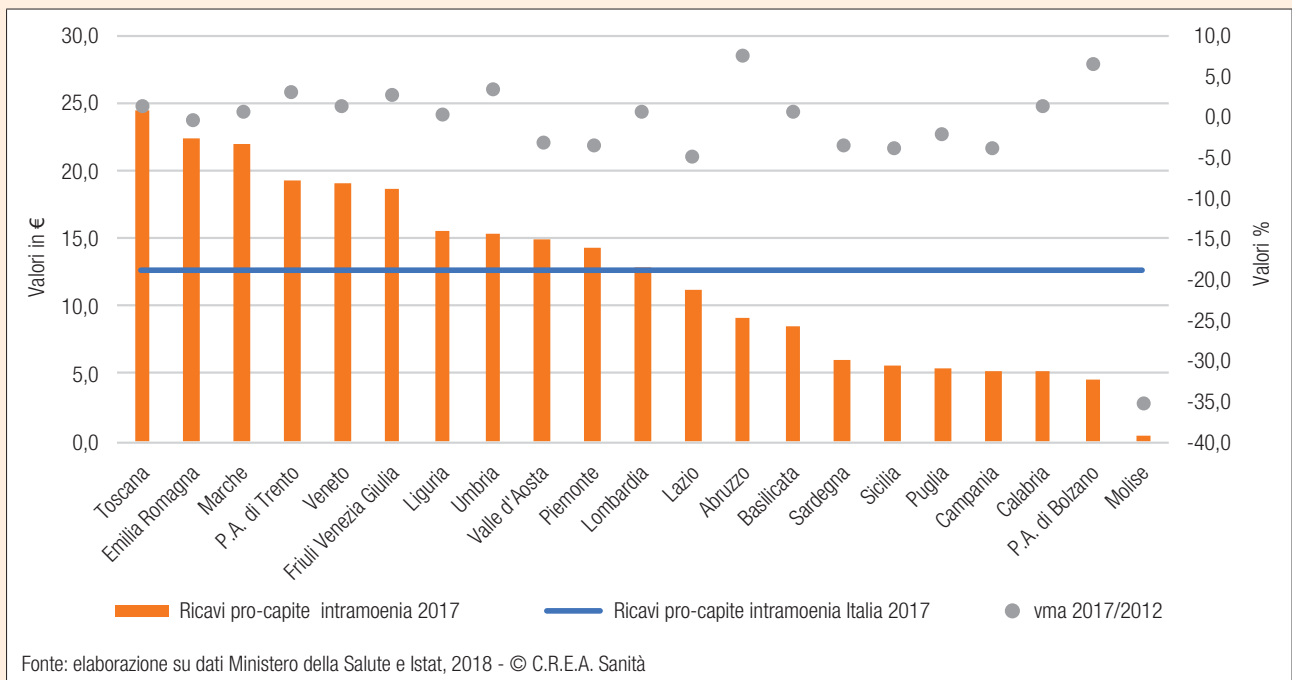
La compartecipazione pro-capite, nel 2017, si attesta a € 21,1 in diminuzione dello 0,6% medio annuo rispetto al 2012 con valori massimi in Valle d'Aosta, Toscana ed Emilia Romagna (rispettivamente € 46,6, € 39,4 e € 33,7); all'estremo opposto si collocano Puglia (€ 10,3), Campania (€ 9,5) e Sicilia (€ 8,6). Nel quinquennio analizzato (2012-2017), si è ridotta in tutte le Regioni meridionali, ad eccezione di Campania e Calabria. La differenza tra la Regione con *ticket* massimo e quella con *ticket* minimo è del 443,3%, ovvero € 38,0; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 25,3 (ovvero al 265,8%).

KI 8.5. Ricavi dell'attività specialistica e ambulatoriale in intramoenia



Nel 2017, i ricavi derivanti dall'attività specialistica e ambulatoriale in intramoenia ammontano a circa € 768,0 mln. in riduzione di oltre il 4,5% rispetto al 2012 (€ 805,0 mln.). Le contrazioni più cospicue hanno interessato le Regioni della ripartizione meridionale (-13,0% complessivamente). Seguono le Regioni del Nord-Ovest dove la spesa si è ridotta del 5,5% passando da € 231,2 mln. nel 2012 a € 218,5 mln. nel 2017 e le Regioni centrali nelle quali i ricavi conseguenti all'attività di intramoenia sono passati da € 214,9 mln. del 2012 a € 204,1 mln. (-5,0%). Nelle Regioni del Nord-Est, invece, i ricavi conseguenti all'attività di intramoenia sono aumentati del 2,0% passando da € 223,6 mln. a € 228,1 mln..

KI 8.6. Ricavi pro-capite e variazione media annua dell'attività specialistica e ambulatoriale in intramoenia



I ricavi pro-capite per l'attività specialistica e ambulatoriale in intramoenia, nel 2017, ammontano a € 12,7 con una contrazione dell'1,1% medio annuo in confronto al 2012. In particolare, i valori massimi si registrano in Toscana, Emilia Romagna e Marche (rispettivamente pari a € 24,3, € 22,3 e € 21,9); all'estremo opposto si collocano Calabria (€ 5,1), P.A. di Bolzano (€ 4,6) e Molise (€ 0,5). Il Molise ha praticamente azzerato l'intramoenia e Lazio, Sardegna e Sicilia hanno riportato tassi in diminuzione di oltre il 4,0%.