

CAPITOLO 8b

Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali¹Cassa R.², Collicelli C.³, Santurri P.², Spandonaro F.⁴

8b.1. Il problema

Il sistema sanitario italiano è caratterizzato da buoni esiti e costi molto contenuti: si tratta di una evidenza ampiamente condivisa, sia a livello nazionale, che internazionale. Allo stesso tempo sono abbastanza condivise alcune “ombre”: in primo luogo i rischi di un rallentamento, se non in alcuni casi il peggioramento, dei risultati raggiunti, a causa del processo di progressivo definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (Rapporto C.R.E.A. Sanità 2018); in secondo luogo il persistere di alcune debolezze organizzative, che incidono sulla *responsiveness* del sistema e, in particolare sulla soddisfazione dei cittadini verso il servizio pubblico.

L’“Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali” nasce con l’obiettivo di monitorare e analizzare problematiche organizzative del SSN e, nello specifico, quelle legate al fenomeno delle liste di attesa e all’impatto del ricorso alla spesa privata da parte dei cittadini.

Riportiamo integralmente quanto specificato nel I rapporto dell’Osservatorio (2017): «... la presente ricerca parte dal presupposto che gli obiettivi della Sanità pubblica italiana prevedano una copertura ed una protezione di natura generalizzata e con diffusione universale. Un simile principio si scontra però con la realtà dei fatti, secondo la quale allo stato attuale, il Servizio Sanitario Nazionale spesso non riesce a garantire il rispetto di *standard* di servizio ade-

guati, in grado di soddisfare le finalità di base per cui è stato concepito. La situazione che si è venuta a creare ha determinato una progressiva dilatazione dell’area della spesa privata *out of pocket* (ovvero sostenuta di “tasca propria”) per la copertura parziale o totale dei costi delle prestazioni e, nel medesimo tempo, l’incremento dei tempi di attesa per l’accesso alle prestazioni pubbliche: ambedue elementi che si sono accentuati nel corso degli anni della crisi economica. L’onere della compartecipazione alla spesa dei servizi del SSN e le inefficienze che portano ad allungare le liste di attesa, hanno incentivato lo 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».

Il tema delle liste di attesa, in particolare, attira grande attenzione nell’ambito della politica sanitaria.

A conferma di ciò, il 14 giugno 2018, in vista della predisposizione del nuovo Piano per le Liste di Attesa (PNGLA), l’allora neo Ministro Giulia Grillo ha ritenuto di inviare alle Regioni e Province Autonome una circolare mirata a raccogliere informazioni capillari sulle modalità di gestione delle liste di attesa e sull’attività libero-professionale intramuraria. Ancora, il Ministro, nel settembre 2018, ha comunicato di avere predisposto un meccanismo di verifica trasparente rispetto alla attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che prevede la possibilità per tutti i portatori di interesse (pazienti, cittadini, società

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

scientifiche, industria, Regioni) di esprimere i propri giudizi e le proprie domande di chiarimento presso un unico centro di raccolta che riferirà alla Commissione nazionale LEA. Da ultimo, nella Legge di Bilancio approvata il 30 dicembre 2018 è stato previsto uno stanziamento di € 150 milioni per il 2019 e di € 100 milioni per ognuno dei due anni successivi, al fine di supportare le azioni regionali tese a ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni.

L'elevata attenzione per il tema non si riflette, peraltro, in altrettanta attenzione per la esplicitazione dei confini e dei limiti delle analisi svolte, tendendo piuttosto a prevalere un approccio "scandalistico", che fa leva sull'emotività scatenata dai casi di reale o presunta "malasanità". Quindi, per non cadere in tale errore, prima di passare agli aspetti tecnici della ricerca, riteniamo necessario esplicitare alcuni caveat, propedeutici ad una corretta interpretazione dei risultati.

Ricordiamo, in primo luogo, che le rilevazioni effettuate (così come quelle precedentemente svolte da altri istituti di ricerca con i quali ci si confronta) si riferiscono a prestazioni "non urgenti" e quindi differibili e in alcuni casi programmate.

Questo implica che, per la maggioranza dei casi, è improprio ipotizzare correlazioni fra le liste di attesa rilevate ed eventuali rischi per gli esiti di salute. Sebbene talvolta emergano, per lo più da indagini giornalistiche, attese improprie anche nel caso di prestazioni urgenti, la reale incidenza di queste situazioni non è nota e riteniamo presumibilmente bassa.

La coesistenza, nel nostro sistema sanitario, di attese rilevanti ed esiti di salute aggregati fra i migliori nel mondo, sembra assicurare sul fatto che, effettivamente, non si tratti di un tema da legarsi prioritariamente ai rischi per la salute.

Anzi, nella misura in cui i tempi di attesa dipendano, ad esempio, da un diffuso ricorso alla programmazione dei controlli, potrebbero persino rappresentare un indicatore indiretto della diffusione di pratiche di medicina proattiva e di ricerca di efficienza.

Non di meno, è indubbio che quello delle liste di attesa rimanga un problema che si colloca in cima alla lista delle ragioni di insoddisfazione dei cittadini verso il servizio sanitario.

Riteniamo, quindi, si possa affermare che la tematica vada prioritariamente inquadrata fra quelle indicatrici di carenze organizzative. Oltre a ciò, anche fra quelle potenzialmente fonte di iniquità.

Per questo la lettura dei dati deve essere "consapevole": è essenziale interrogarsi, certamente sui trend, ma principalmente sulle ragioni della variabilità infra e intra regionale, nonché sull'impatto economico sui pazienti: entrambe proxies dei problemi di equità.

In coerenza con quanto sopra esposto, l'attenzione dell'indagine C.R.E.A. si è parallelamente focalizzata sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e sui costi sostenuti per la fruizione delle medesime. Tali valori sono stati raccolti e analizzati 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" a carico delle famiglie (solventi nel settore privato ed in intramoenia nel pubblico).

In questa seconda annualità la rilevazione è stata condotta su 4 "nuove" Regioni, Emilia Romagna, Liguria, Marche e Sicilia, scelte per la loro rappresentatività geografica: complessivamente contano 12.608.844 residenti.

La rilevazione 2018 si somma a quella effettuata nel 2017 in Campania, Lazio, Lombardia e Veneto.

Complessivamente le Regioni monitorate nelle prime due annualità sommano 39.272.747 abitanti, pari a oltre la metà (64,8%) 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; la metodologia utilizzata è descritta in allegato.

8b.2. Principali risultati

Per quanto riguarda i tempi di attesa per le prestazioni analizzate (Tabella 8b.1.) la situazione media rilevata nelle 4 Regioni analizzate nel 2018 presenta, per quanto concerne le strutture pubbliche regime SSN, e rispetto allo scorso anno, sia valori con tempi

di attesa mediamente inferiori (ad esempio per la visita oculistica e la coronarografia) che superiori (ad esempio per la colonscopia, la elettromiografia e la gastroscopia).

I tempi di attesa vanno, a seconda delle prestazioni dai 23 giorni ai 112. Solo per una tipologia di prestazioni si rimane sotto i 30 giorni (le prestazioni sotto tale soglia sono peraltro diverse nelle due rilevazioni).

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

	Pubblico	Intra-moenia	Privato convenzionata	Privato solventi
Rilevazione 2018				
Visita oculistica	40,9	6,7	41,7	8,2
Visita ortopedica	43,6	7,6	30,1	6,3
Rx articolare	35,5	6,5	22,0	5,2
Spirometria	35,1	7,7	23,2	5,2
Ecocardiografia	59,6	6,2	51,2	6,1
Ecodoppler venoso arti inf.	66,5	6,4	33,3	6,1
Eco tiroide	60,8	7,5	36,2	5,8
Colonscopia	111,7	10,7	78,9	10,7
Gastroscopia	100,1	12,8	43,0	10,6
Elettromiografia	82,9	20,0	29,6	9,0
Coronarografia	23,3	9,2		6,8
Rilevazione 2017				
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: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018
2017: Campania, Lazio, Lombardia, Marche
2018: Emilia Romagna, Liguria, Marche, Sicilia

Come già detto, nell'interpretazione dei risultati non va dimenticato che si tratta di tempi per prestazioni senza esplicita indicazione di urgenza, per le quali l'accesso è prioritario e quindi certamente più rapido: non di meno rimangono generalmente e largamente superiori ai 30 giorni, che possono essere considerati una soglia di tolleranza da parte dei cittadini (cfr. I Rapporto dell'Osservatorio).

In regime di intramoenia, i tempi si contraggono significativamente, fenomeno già rilevato lo scorso anno, con alcune differenze fra le due rilevazioni, ma non particolarmente significative.

I tempi nel privato convenzionato in regime SSN si confermano rilevanti, ma per alcune prestazioni significativamente inferiori al pubblico (ad esempio ecodoppler, gastroscopia, elettromiografia, eco tiroide).

Da rimarcare che, anche nel privato, in regime accreditato SSN, nel 2018 per la maggior parte delle prestazioni si è in media oltre i 30 giorni.

Nelle strutture private, in regime solventi, si confermano invece i tempi di attesa molto brevi registrati per l'intramoenia nella scorsa annualità.

Tabella 8b.2. Costi (€) per prestazione e regime di offerta (media rilevazioni)

Prestazioni	Rilevazione 2018		Rilevazione 2017	
	Intra-moenia	Privato solventi	Intra-moenia	Privato solventi
Visita oculistica	96,2	100,5	97,6	96,8
Visita ortopedica	108,4	116,2	105,7	103,0
Rx articolare	65,3	58,2	50,1	42,0
Spirometria	51,8	58,9	49,2	51,1
Ecocardiografia	108,6	98,4	102,8	93,4
Ecodoppler venoso arti inf.	97,2	94,8	91,9	87,4
Eco tiroide	73,0	73,0	68,2	68,5
Colonscopia	257,7	262,2	261,6	288,8
Gastroscopia	206,7	187,5	216,9	245,3
Elettromiografia	116,3	118,6	120,3	99,9
Coronarografia*	274,0	1370,0	430,0	1465,0

* Prestazione in alcuni casi eseguita in regime di ricovero ordinario

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018
2017: Campania, Lazio, Lombardia, Marche
2018: Emilia Romagna, Liguria, Marche, Sicilia

In merito ai costi medi delle prestazioni a pagamento (Tabella 8b.2.), nelle 4 Regioni considerate i risultati del 2018 confermano sostanzialmente quelli del 2017. I costi dei due regimi (intramoenia e solvanti) sono in buona sostanza sovrapponibili fra loro e con quelli rilevati nelle Regioni considerate lo scorso anno. Poche le differenze significative, come quella della coronarografia in regime intramoenia, peraltro probabilmente legata alla variabilità di regime di esecuzione: *day hospital* o ricovero ordinario.

Tabella 8b.3. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime SSN (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	Liguria	Emilia Romagna	Marche	Sicilia	Totale
Visita oculistica	58,0	18,2	64,3	35,8	40,9
Visita ortopedica	53,9	19,5	91,0	36,6	43,6
Rx articolare	23,8	31,5	60,1	30,3	35,5
Spirometria	29,4	26,6	62,5	31,5	35,1
Ecocardiografia	37,3	36,0	71,3	107,8	59,6
Ecodoppler venoso arti inf.	52,9	32,9	107,1	74,4	66,5
Eco tiroide	48,7	26,2	150,9	39,2	60,8
Colonscopia	86,5	33,4	160,4	157,9	111,7
Gastroscopia	44,5	44,9	159,4	134,1	100,1
Elettromiografia		33,9	175,3	103,0	82,9
Coronarografia		23,3			23,3
Rilevazione 2017					
Giorni	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		100,0	80,0	30,0	47,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

Si conferma, inoltre, che in alcuni casi i costi non sono molto distanti dai valori sostenuti per il *ticket*, ed in altri casi addirittura sovrapponibili, quando anche non inferiori, a quelli del pubblico.

Confrontando i tempi di attesa fra le Regioni della rilevazione 2018 (Tabella 8b.3.), per quanto concerne le strutture pubbliche in regime SSN, il dato maggiormente evidente è la migliore *performance* dell'Emilia Romagna, seguita dalla Liguria.

Tabella 8b.4. Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	Liguria	Emilia Romagna	Marche	Sicilia	Totale
Visita oculistica	8,3	8,1	4,3	5,2	6,7
Visita ortopedica	6,8	8,6	5,8	8,5	7,6
Rx articolare	4,2	6,1	10,7	3,8	6,5
Spirometria	5,3	4,0	11,7	9,8	7,7
Ecocardiografia	4,1	5,1	8,8	6,7	6,2
Ecodoppler venoso arti inf.	5,5	6,5	7,0	6,4	6,4
Eco tiroide	5,4	6,2	9,4	9,3	7,5
Colonscopia	9,1	7,9	11,6	13,7	10,7
Gastroscopia	8,4	6,6	11,9	24,9	12,8
Elettromiografia	9,0	8,4	47,8	7,3	20,0
Coronarografia		9,2			9,2
Rilevazione 2017					
Giorni	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		7,4	2,3	4,4
Spirometria	5,7		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		6,1	3,8	4,9
Colonscopia	5,1	12,1	6,8	6,4	6,7
Gastroscopia	5,2		7,3	6,7	6,3
Elettromiografia	6,0		5,3	4,1	5,0
Coronarografia	5,0		10,3		9,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

In Emilia Romagna, infatti, solo per una prestazione si registra una attesa significativamente maggiore ai 30 giorni.

Quindi, anche se i tempi in media sembrano sovrapponibili fra il 2017 e il 2018, questo dipende dalla compensazione derivante dai tempi inferiori dell'Emilia Romagna con quelli decisamente maggiori (anche rispetto alle rilevazioni effettuate nella prima annualità) delle Marche e a seguire della Sicilia.

Per quanto riguarda il regime di intramoenia (Ta-

bella 8b.4.), i tempi di attesa sono in generale, come abbiamo già rilevato, molto più brevi di quelli nel pubblico, con lievi differenze, ma di scarsa significatività statistica tra una Regione e l'altra.

Anche per quanto concerne le strutture private in regime di convenzione con il SSN (Tabella 8b.5.), le differenze tra Regioni sono nella maggior parte dei casi di scarso rilievo; rispetto alla in alcune Regioni i tempi di attesa sono simili a quelli del pubblico, in alcuni casi leggermente più brevi.

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

Rilevazione 2018					
Giorni	Liguria	Emilia Romagna	Marche	Sicilia	Totale
Visita oculistica	40,0	24,4	72,0	30,0	41,7
Visita ortopedica	29,5	18,1	49,4		30,1
Rx articolare	21,3	18,8	44,0	10,7	22,0
Spirometria		13,5	37,5	18,5	23,2
Ecocardiografia	16,5	25,2	83,8	51,7	51,2
Ecodoppler venoso arti inf.	31,7	24,1	35,4	44,3	33,3
Eco tiroide	46,0	22,7	28,9	55,6	36,2
Colonscopia		42,8	97,5	114,0	78,9
Gastroscopia		41,0	38,0	78,0	43,0
Elettromiografia		18,3	90,0	20,7	29,6
Coronarografia					
Rilevazione 2017					
Giorni	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		7,9	5,2	7,9
Spirometria	19,3		12,0	6,9	14,3
Ecocardiografia	26,5	37,7	19,5	7,5	21,6
Ecodoppler venoso arti inf.	26,6		18,4	7,5	18,9
Eco tiroide	28,3		18,1	9,9	14,2
Colonscopia	63,5	43,0	14,3	28,8	46,5
Gastroscopia	52,6		18,4	40,0	42,3
Elettromiografia	23,3		11,0	14,9	20,8
Coronarografia				90,0	90,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

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

Rilevazione 2018					
Giorni	Liguria	Emilia Romagna	Marche	Sicilia	Totale
Visita oculistica	6,0	5,1	13,3	6,9	8,2
Visita ortopedica	6,2	4,7	8,3	5,6	6,3
Rx articolare	5,5	4,4	7,4	2,5	5,2
Spirometria	4,6	3,9	7,0	4,2	5,2
Ecocardiografia	3,9	4,9	9,2	6,1	6,1
Ecodoppler venoso arti inf.	6,4	4,6	7,5	7,5	6,1
Eco tiroide	5,4	4,5	7,2	7,4	5,8
Colonscopia	8,2	8,4	11,8	16,0	10,7
Gastroscopia	8,2	8,5	10,9	15,6	10,6
Elettromiografia	8,7	5,3	13,4	5,3	9,0
Coronarografia	8,7	7,0	,	1,0	6,8
Rilevazione 2017					
Giorni	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			2,0	16,7	13,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

In regime di solventi nelle strutture private (Tabella 8b.6.), i tempi di attesa risultano generalmente contenuti: si possono segnalare valori più alti in Sicilia per colonscopia e gastroscopia, e nelle Marche per visita oculistica ed elettromiografia.

Per quanto concerne i costi per le famiglie, relativi alle prestazioni erogate in regime di intramoenia e in regime privatistico come solventi, la rilevazione 2018 conferma nei fatti i risultati ottenuti nel 2017.

Sono da segnalare alcune differenze per l'intra-

moenia (Tabella 8b.7.): ad esempio nella Regione Liguria dove osserviamo un costo più elevato della media per visita oculistica, visita ortopedica, ecodoppler venoso, colonscopia e gastroscopia. Per la Regione Emilia Romagna i costi si presentano allineati con quelli medi; nelle Marche ed in Sicilia si rilevano costi in linea ed in qualche caso al di sotto della media.

Complessivamente osserviamo un tendenziale gradiente negativo dei costi spostandosi da Nord a Sud.

Tabella 8b.7. Costi (€) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie)

Rilevazione 2018					
Giorni	Liguria	Emilia Romagna	Marche	Sicilia	Totale
Visita oculistica	124,5	98,7	96,3	64,1	96,2
Visita ortopedica	129,3	110,5	100,9	89,8	108,4
Rx articolare	69,0	81,7	49,8	55,0	65,3
Spirometria	57,5	45,4	71,5	42,9	51,8
Ecocardiografia	119,1	115,5	93,8	106,7	108,6
Ecodoppler venoso arti inf.	119,6	98,6	80,6	93,3	97,2
Eco tiroide	64,3	79,8	77,5	60,7	73,0
Colonscopia	397,1	295,7	212,1	191,7	257,7
Gastroscopia	303,1	229,7	183,3	137,4	206,7
Elettromiografia	90,0	147,1	110,6	89,5	116,3
Coronarografia		274,0			274,0
Rilevazione 2017					
Giorni	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		56,8	21,7	50,1
Spirometria	49,3		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		69,4	58,4	68,2
Colonscopia	271,1	203,0	298,5	259,1	261,6
Gastroscopia	188,0		278,5	208,0	216,9
Elettromiografia	140,0		138,9	87,9	120,3
Coronarografia	490,0		400,0		430,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

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

Rilevazione 2018					
Giorni	Liguria	Emilia Romagna	Marche	Sicilia	Totale
Visita oculistica	121,0	100,6	92,9	87,0	100,5
Visita ortopedica	132,0	110,1	112,8	117,8	116,2
Rx articolare	81,9	58,4	50,0	34,4	58,2
Spirometria	68,2	52,2	63,6	55,8	58,9
Ecocardiografia	110,4	101,6	88,3	89,8	98,4
Ecodoppler venoso arti inf.	119,1	98,7	75,7	88,1	94,8
Eco tiroide	73,0	82,0	66,2	60,6	73,0
Colonscopia	500,0	245,2	174,0	223,8	262,2
Gastroscopia	284,2	206,8	135,4	151,3	187,5
Elettromiografia	146,6	109,0	124,1	90,0	118,6
Coronarografia	1000,0			2110,0	1370,0
Rilevazione 2017					
Giorni	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		60,4	37,8	51,1
Ecocardiografia	118,9	97,7	99,7	67,2	93,4
Ecodoppler venoso arti inf.	109,8		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			800,0	1797,5	1465,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017/2018

Nel caso dei solventi (in strutture private) i costi sono mediamente allineati con quelli rilevati lo scorso anno; i dati regionali mostrano (Tabella 8b.8.) valori più elevati in Liguria per molte prestazioni, ed in particolare per la colonscopia e la gastroscopia; valori nella media in Emilia Romagna; e valori prevalentemente al di sotto della media nelle Marche e in Sicilia, confermando sia il gradiente Nord-Sud, sia l'allineamento dei costi fra pubblico e privato.

8b.3. Conclusioni

La rilevazione C.R.E.A. Sanità 2018 per l'“Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitarie Regionali”, effettuata nelle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Marche e Sicilia, permette di confermare le evidenze emerse nella rilevazione 2017 (I annualità) in Campania, Lazio, Lombardia e Veneto.

Complessivamente, le due rilevazioni coprono un campione (non rappresentativo ma rilevante) pari al 64,8% della popolazione italiana, distribuita nelle diverse ripartizioni geografiche.

I risultati ottenuti nelle due annualità risultano quantitativamente coerenti con le precedenti ricerche del Censis e quelle del Tribunale dei Diritti del Malato-Cittadinanzattiva. In particolare, la rilevazione mostra che il fenomeno, in media, non solo non si riduce, ma anzi tende semmai ad aggravarsi.

La rilevazione 2018 porta, però, in evidenza un dato discrasico, ovvero quello relativo agli eccellenti risultati dell'Emilia Romagna: in questa Regione per una sola prestazione si registra una attesa significativamente maggiore ai 30 giorni: e ricordiamo che i tempi di attesa rilevati attengono a prestazioni non classificate urgenti.

L'“anomalia” della Regione Emilia Romagna sembra quindi indicare che sia possibile migliorare drasticamente la *performance*.

A maggior ragione, possiamo quindi confermare, osservando le differenze fra le Regioni, che la natura del problema liste di attesa è essenzialmente equitativa; questa dimensione si aggiunge e, in larga misura spiega, l'impatto sulla soddisfazione dei cittadini.

Una lettura di tipo organizzativo, ci porta a dire

che, oltre alle due evidenti “regolarità” segnalate nella prima annualità e confermate nella seconda, si pone un tema legato alla capacità di diffusione delle *best practice*.

Ricordiamo che le regolarità sono, in primo luogo, quella relativa alla conferma che la discriminante nel fenomeno delle liste di attesa è il regime di pagamento delle prestazioni; infatti, quelle in regime SSN (gratuite a meno dell'eventuale *ticket*) hanno tempi di attesa alti e in qualche caso “molto alti”: in media, con le eccezioni segnalate nel testo, 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 del tutto ridotti.

Come già osservato nella prima annualità, la differenza fra queste due “categorie” (a pagamento e non) è di un ordine di dimensione largamente maggiore di quella 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.

Quindi la discriminante è il regime e non la natura pubblica o privata della struttura.

Analogamente si conferma l'assunto secondo il quale i prezzi in regime intramoenia (pubblico) e solventi (extra SSN privato) risultano molto vicini: anzi, in alcuni casi è possibile rilevare un costo in intramoenia più alto.

Un ulteriore elemento di riflessione e criticità è che, per effetto della compartecipazione, in molti casi si assiste ad una sostanziale sovrapposibilità dei costi per il cittadino fra prestazioni erogate nei regimi a pagamento e in quelli a rimborso pubblico.

In definitiva, come già sottolineato lo scorso anno (e ricordando ancora una volta che le analisi sono state condotte su prestazioni non prescritte come urgenti) i tempi del SSN rischiano di risultare disallineati con le aspettative della popolazione e, insieme, anche le compartecipazioni ai costi rispetto al valore di mercato delle prestazioni. E proprio questi disallineamenti sono, di fatto, uno dei principali *driver* di

posizionamento competitivo delle strutture private.

La seconda regolarità, già evidenziata nel 2017, è “la mancanza di una regolarità”, se non nei dati aggregati a livello regionale.

Rimane, infatti, elevata la variabilità infra-regionale e anche quella fra strutture e prestazioni. L'analisi dei tempi per struttura erogatrice evidenzia differenze non facilmente spiegabili: il disallineamento, ad esempio, fra aziende ospedaliere e i presidi di ASL, sebbene possa essere legato a questioni di specializzazione e/o di reputazione delle strutture, sembra confermare una carenza di organizzazione e coordinamento, con il risultato di una disomogenea distribuzione della domanda, come anche di una incapacità di riallocazione dell'offerta.

Come anticipato, la rilevazione 2018 permette, però, di evidenziare un fattore nuovo, ovvero quella che abbiamo chiamato l'“anomalia” (positiva) dell'Emilia Romagna: tale Regione registra tempi di attesa nettamente inferiori a quelli delle altre Regioni analizzate e praticamente in linea con la soglia massima dei 30 giorni che, in precedenti analisi (cfr. I Rapporto), era stata identificata come aspettativa della popolazione.

L'impegno dell'Emilia Romagna è ben noto; basti citare le norme susseguite nel tempo:

- DGR n. 925/2011: che indicava la necessità che le Aziende sanitarie svolgessero una attività di verifica dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato
- DGR n. 1056/2015: che ha definito le strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, dettando gli obiettivi per gli anni 2015-2016
- DGR n. 272/2017 “Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna”, in cui si dettagliano le strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato e si indicano gli strumenti di monitoraggio dei tempi di attesa, fra cui il nomenclatore SIGLA, aggiornato e completato con procedure e interventi chirurgici.

In particolare, sembra sia stata vincente l'introduzione a inizio 2018 del sistema regionale di controllo informatizzato delle liste di attesa dei ricoveri

(SIGLA); ma va anche ricordato che sono stati fatti consistenti investimenti mirati al reclutamento di professionisti (oltre 5.000, nell'ultimo biennio, le persone assunte in sanità a tempo indeterminato, di cui 1.450 precari stabilizzati, per un costo complessivo di 24 milioni di euro) e altri strumenti definiti dal Piano regionale, quali la creazione, da parte di ogni Azienda sanitaria, del Responsabile Unico Aziendale, garante della corretta gestione delle liste di attesa; inoltre l'utilizzo delle sale operatorie, tramite l'integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche; la gestione delle prenotazioni totalmente informatizzata con criteri di priorità per l'accesso; il ricorso anche a strutture private convenzionate.

L'indicazione di sintesi sembra essere quella della necessità di un piano di azione multidimensionale, che affronti la problematica da vari punti di vista fra loro integrati.

Ovviamente, la durabilità del successo dovrà essere verificata con successivi monitoraggi; ma, nel frattempo è auspicabile che si apra un dibattito sugli elementi e le azioni che hanno determinato il raggiungimento dell'obiettivo e come diffonderli negli altri SSR; come ulteriore sviluppo della ricerca, sarà anche interessante verificare l'impatto della riduzione dei tempi di attesa sui livelli di effettiva soddisfazione dei cittadini per i servizi.

Infine, vanno sempre, per trasparenza, ribaditi i limiti dello studio. In particolare, ricordiamo che, sebbene le 8 Regioni considerate nei due anni di ricerca rappresentino oltre il 60,0% della popolazione italiana e siano ben distribuite nelle 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.

Riferimenti bibliografici

1. ASviS, (2018), Rapporto 2018
2. Bloomberg, (2018), *Health Care Efficiency*
3. Cittadinanzattiva, (2018), XXI Rapporto PiT Salute
4. C.R.E.A. Sanità, (2018), XIV Rapporto Sanità: “Mi-

- sunderstandings”, Roma
5. GIMBE, (2018), 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, Bologna
 6. Health Consumer Powerhouse, EuroHealth Consumer Index, 2017
 7. It, Censis, Rissc e Ispe, (2017), *Curiamo la corruzione, percezione rischi e sprechi in Sanità*, Roma
 8. Ministero della Salute, PNGLA, 2010
 9. Ministero della Salute, (vari anni), Annuario statistico
 10. Ministero della Salute, (vari anni), Annuario statistico personale
 11. Ministero della Salute, (vari anni), Conti Economici delle Aziende Sanitarie.
 12. Numbeo, (2018), Health Care Index for country 2018, www.numbeo.com
 13. OMS-WHO Regional Office for Europe, (2018), European Health Report 2018: More than Numbers - evidence for all
 14. OECD Health statistics, (2018) www.oecd.org/elsd/health-systems/health-data.htm
 15. RBM-Salute Censis, (2018), VIII Rapporto sulla Sanità Pubblica Privata e Intermediata

ENGLISH SUMMARY

Waiting times and performance costs in Regional Health Systems

The Italian health system is characterized by good outcomes and very low costs: this evidence is widely shared both nationally and internationally. At the same time some “shortcomings” are well-known: in particular, the persistence of some organizational weaknesses, which affect the system responsiveness, but also citizens’ satisfaction with the public service.

The “Observatory on waiting lists and costs of healthcare services in Regional Health Services” has been created with the aim of monitoring and analyzing the NHS organizational problems and, specifically, those relating to waiting lists and the impact of citizens’ recourse to private spending.

In its first two years of activity, the Observatory has allowed, at first, to confirm that the decisive factor in the phenomenon of waiting lists is the regime for paying services. In fact, the services provided under the NHS regime (i.e. free of charge, except for any additional copayment) have long waiting lists, and in some cases “very long” ones; while for the services provided in exchange for consideration (both under the intramoenia regime in public facilities and for fee-paying patients in private structures) access time is very short.

In other terms, the decisive factor seems to be the regime of provision of services and not the public or private nature of the structure providing services.

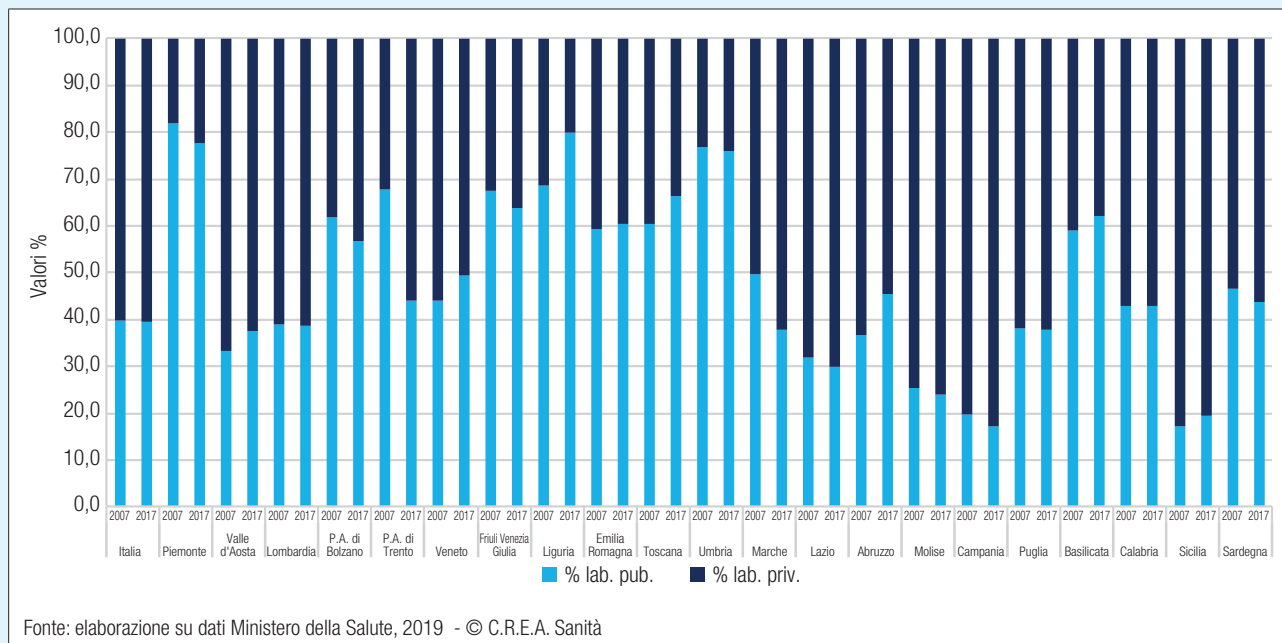
Secondly, it should be pointed out that prices under the intramoenia regime (in public facilities) and those for fee-paying patients (hence not falling under the NHS regime) are very similar: indeed, in some cases the intramoenia cost is higher. Moreover, as a result of cost-sharing, in many cases the costs borne by citizens for services provided in fee-based schemes and those for which public reimbursement is envisaged basically overlap.

Ultimately, bearing in mind that the analyses have been made on services not prescribed as urgent, the average time taken by the National Health Service risks not being in line with people’s expectations and, at the same time, also with copayments in relation to the market value of services.

We should also underline the strong variability between Regions and within them, as well as the existence of areas of excellence. The 2018 survey made it possible to highlight the (positive) “anomaly” of the Emilia Romagna Region, which records waiting lists much shorter than those of the other Regions analyzed and practically in line with the maximum threshold of 30 days which has been proposed as a reasonable expectation for the population.

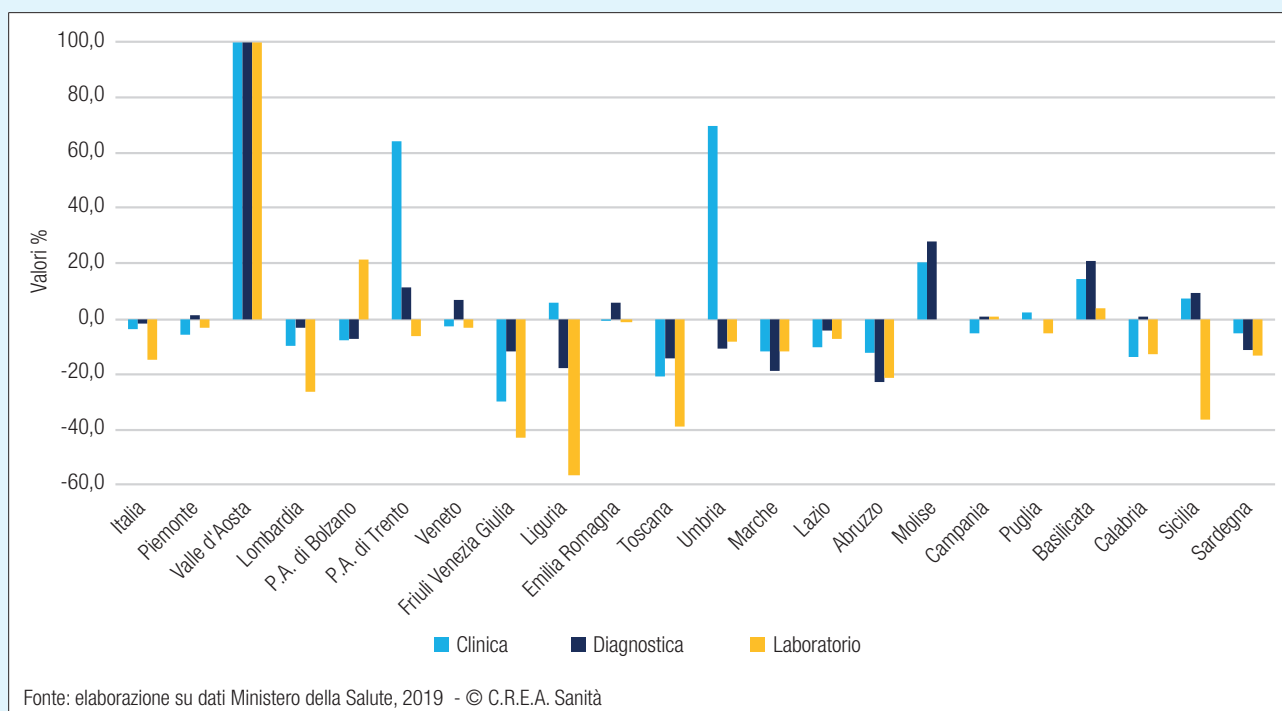
The analysis of the Emilia Romagna case shows that effective policies in promoting greater responsiveness must necessarily be multi-dimensional and tackle the problem by proposing integrated actions.

KI 8.1. Ambulatori e laboratori pubblici e privati



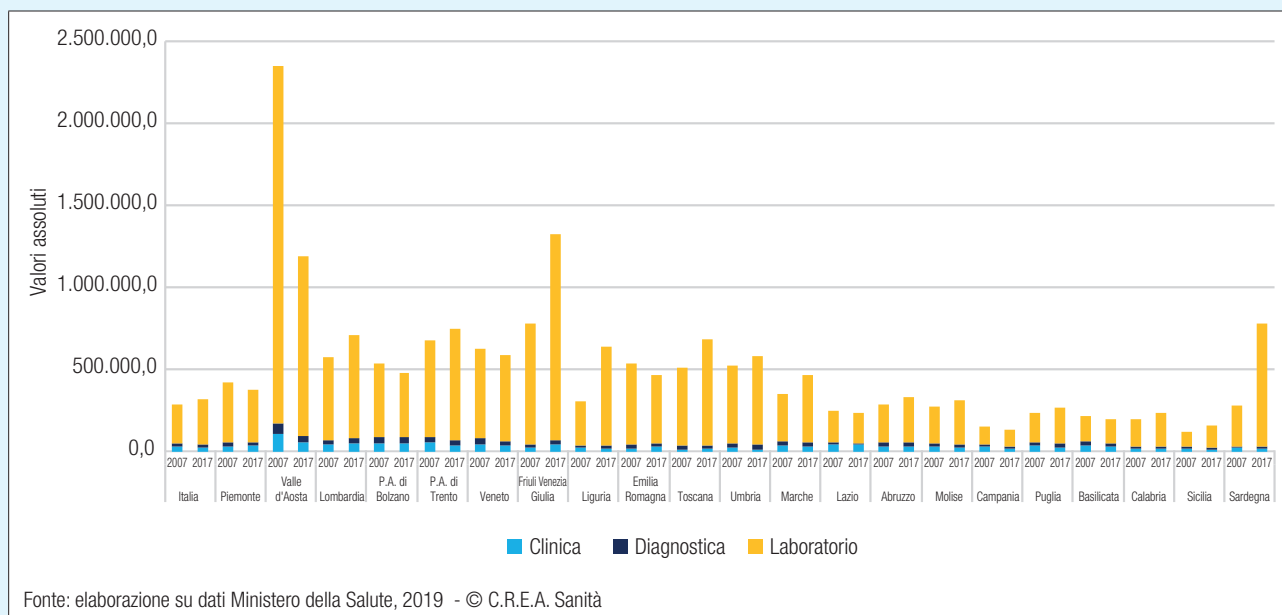
Nel decennio 2007-2017 la suddivisione degli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche fra pubblici e privati rimane costante: i primi contano per il 39,9% nel 2007 e per il 39,6% nel 2017. Le variazioni più consistenti si registrano nella P.A. di Trento dove l'incidenza delle strutture pubbliche scende di 23,7 punti percentuali (dal 67,7% al 44,0%), di contro in Liguria presenta una riduzione dell'incidenza delle strutture private (dal 31,5% al 20,0%). La quota di ambulatori e laboratori privati massima nel 2017 si registra nella Regione Campania (82,7%), la minima in Liguria (20,0%).

KI 8.2. Variazione strutture per branca anni 2017/2007



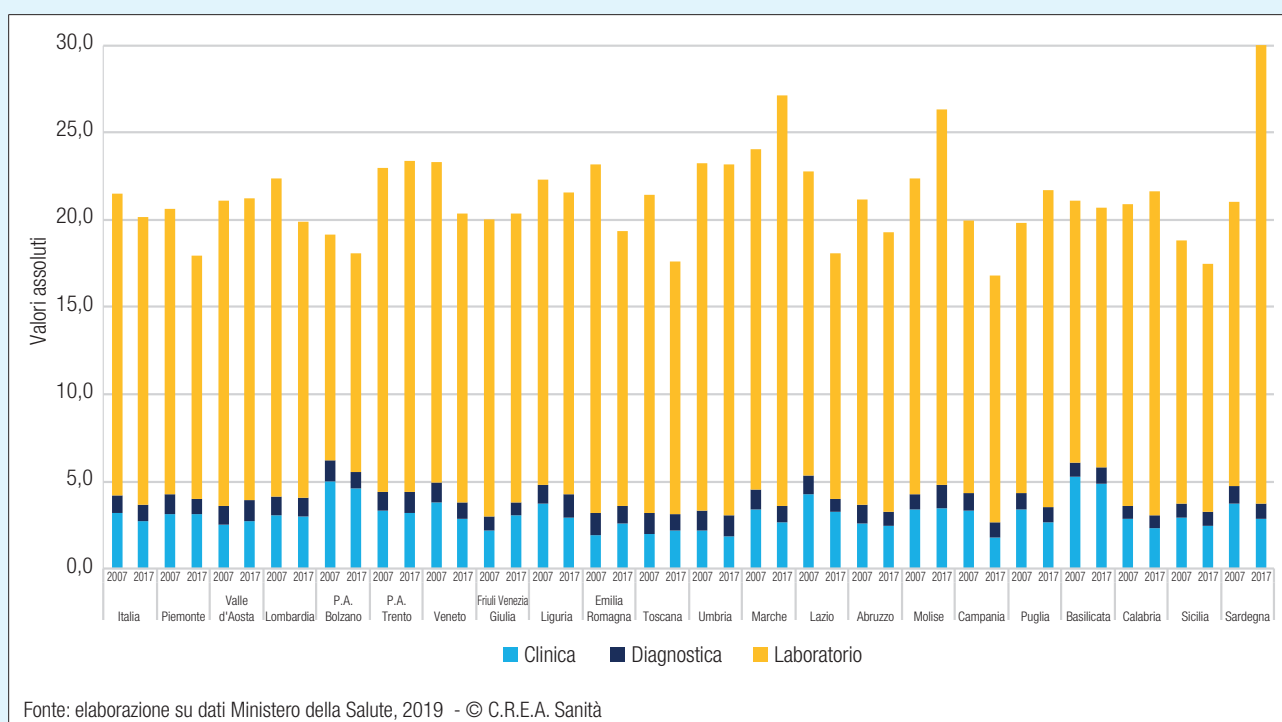
Tenendo presente che la medesima struttura può erogare prestazioni specialistiche appartenenti a più tipologie (clinica, diagnostica e di laboratorio), il numero di ambulatori e laboratori che svolgono attività clinica nel 2017 è pari a 6.074 (-4% rispetto al 2007); 2.995 sono le strutture che forniscono attività diagnostica (-1,7% rispetto al 2007); ed infine 3.628 i laboratori di analisi (15,0% rispetto al 2007). La variazione più consistente in termini percentuali si registra per l'attività clinica in Valle d'Aosta (+100%), la riduzione maggiore in Friuli Venezia Giulia (-29,8). Per la diagnostica è sempre la Valle d'Aosta a registrare l'incremento percentuale maggiore (+100%), mentre la contrazione maggiore si ha in Abruzzo (-22,6%). Ancora raddoppia i laboratori la Valle d'Aosta (da 1 a 2), mentre in Liguria si riducono del 56,3%.

KI 8.3. Numero medio di prestazioni erogate per branca



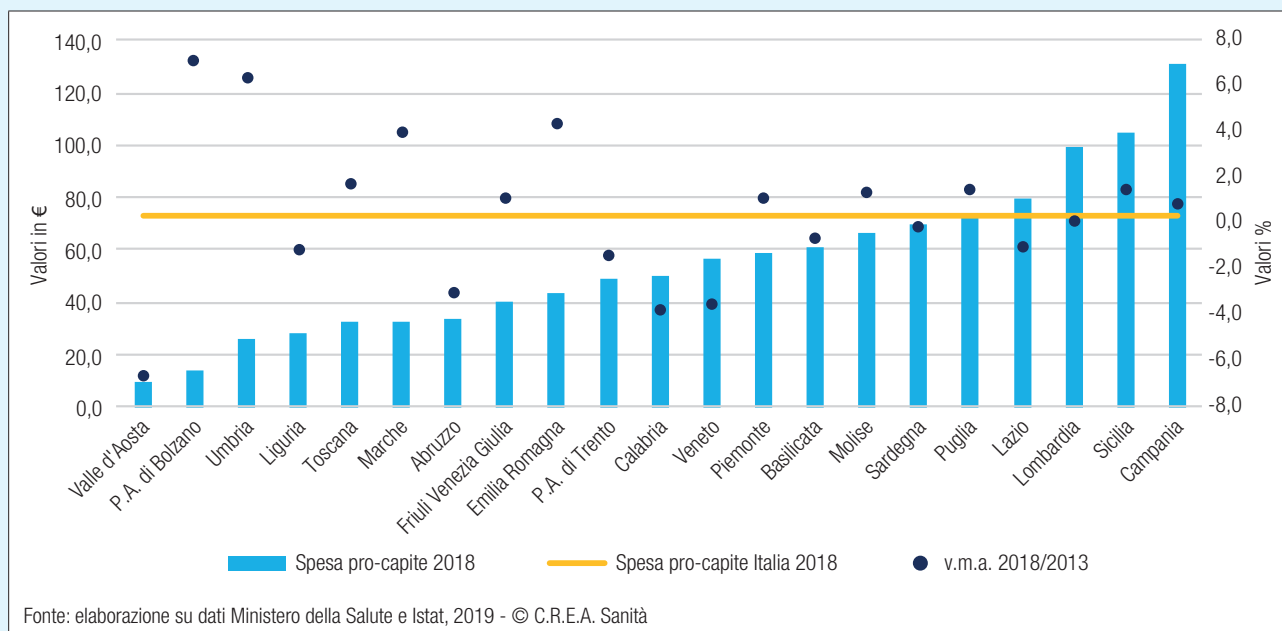
Il numero medio di prestazioni erogate, nel 2017, è pari a 275.292 per i laboratori, 27.230 per la clinica e 18.631,7 per le attività di diagnostica (rispettivamente +16,3%, -7,2% e -6,8% rispetto al 2007). Per le attività di laboratorio la Regione Valle d'Aosta presenta il numero medio di prestazioni più elevato pari a 1.098.263 (49,6% rispetto al 2007) di contro la Campania il numero più esiguo 99.807 (-8,9%). Per le attività di diagnostica Valle d' Aosta registra il numero di prestazioni più elevato pari a 36.555 (-46,9% rispetto al 2007) e la Sardegna il numero più basso con 11.234 (+0,9%). Per le attività di clinica è sempre la Valle d' Aosta a fornire il numero di prestazioni più elevato, con 58.368 prestazioni (-44,5% rispetto al 2007) mentre l' Umbria con 11.701 presenta il numero di prestazioni più basso (-49,1% rispetto al 2007).

KI 8.4. Numero medio prestazioni per residente per branca



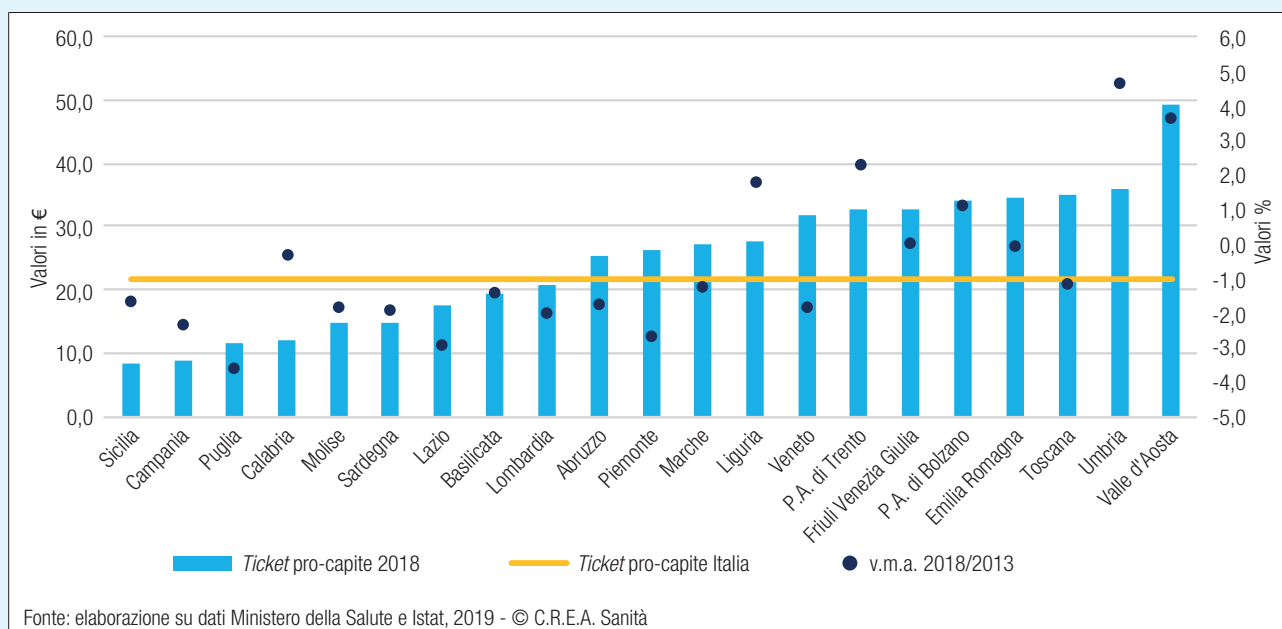
Il numero medio di prestazioni pro-capite per tipo di assistenza nel 2017 è pari a 2,7 per le attività cliniche, 0,9 per la diagnostica e 16,5 per le attività di laboratorio (rispettivamente -13,9%, -11,5% e -4,5% rispetto al 2007). Per le attività di Clinica la Regione Basilicata presenta il numero medio di prestazioni più elevato pari a 4,9 pro-capite (-6,9% rispetto al 2007) di contro la Campania il numero più esiguo con 1,8 prestazioni (-47,5%). Per le attività di diagnostica si va da un massimo di 1,4 in Liguria e Molise (rispettivamente +30,8% e +53% rispetto al 2007) ad un minimo di 0,7 in Calabria (-1,4%). Per i laboratori il numero di prestazioni più elevato si registra in Sardegna con 42,2 per residente (+158,8 % rispetto al 2007), mentre la P.A. di Bolzano presenta il numero di prestazioni più basso con 12,5 (-3,5%).

KI 8.5. Spesa pro-capite per assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata



Nel 2018, la spesa netta pro-capite per specialistica ambulatoriale convenzionata (erogata dalle strutture private accreditate) ammonta a € 72,9, registrando una v.m.a dello 0,2% nel periodo 2013/2018. Il valore massimo si registra in Campania e Sicilia (rispettivamente € 130,6 e € 104,9 pro-capite); all'estremo opposto si collocano la Valle d'Aosta (€ 10,0 pro-capite), la P.A. di Trento (€ 14,5 pro-capite). Nel quinquennio analizzato si registra la variazione in aumento maggiore nella P.A. di Bolzano (+7,1% v.m.a.), la contrazione maggiore in Valle d'Aosta (-6,7% v.m.a.).

KI 8.6. Compartecipazione pro-capite al costo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (strutture pubbliche)



La compartecipazione pro-capite per prestazioni erogate da strutture pubbliche, nel 2018, si attesta a € 21,5, in diminuzione del 7,5% rispetto al 2013. Il valore massimo pro-capite si registra in Valle d'Aosta, Umbria e Toscana (rispettivamente € 49,1; € 36,4 e € 35,0); all'estremo opposto si collocano Sicilia (€ 8,5), Campania (€ 8,8) e Puglia (€ 11,3). Nel quinquennio analizzato (2013-2018), il ricavo delle compartecipazioni (prestazioni erogate dalle strutture pubbliche) si è ridotto in tutte le Regioni ad eccezione di Umbria, Valle d'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano e Friuli Venezia Giulia. La differenza tra la Regione con valore massimo e minimo è del 481,1%, ovvero € 40,7.