

Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali

Il annualità - 2018

Roma, 30.1.2019

Credits

La ricerca è stata curata per C.R.E.A. Sanità da:

- Carla Collicelli (Ricercatore Senior Associato CNR-Itb)
- Federico Spandonaro (Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente C.R.E.A. Sanità)
- Le rilevazioni sono state effettuate da Co.D.R.E.S. S.c.r.l.
(Si ringrazia il Dr. P. Santurri e il Dr. R. Cassa)

Sommario

Credits 1

Sommario.....	2
Indice delle tabelle.....	3
1. Gli obiettivi della ricerca.....	5
2. Le dimensioni di valutazione dei sistemi sanitari: il ruolo dei tempi di attesa e della spesa privata.....	9
3. I risultati (in media) delle rilevazioni.....	19
4. I confronti tra Regioni.....	23
4.1. Le singole Regioni.....	30
5. La struttura dell'offerta regionale.....	41
6. Conclusioni.....	44
7. Bibliografia.....	48
8. Allegati.....	49
8.1. Metodologia.....	49
8.2. La struttura del campione.....	51

Indice delle tabelle

Tabella 3-1: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (media rilevazioni)	20
Tabella 3-2: Costi (€) per prestazione e regime di offerta (media rilevazioni) .	21
Tabella 4-1: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime SSN (medie)	23
Tabella 4-2: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie).....	24
Tabella 4-3: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture private regime convenzionato (medie)	25
Tabella 4-4: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e Regione in strutture private regime solventi (medie)	26
Tabella 4-5: Costi (€) per prestazione e Regione in strutture pubbliche regime intramoenia (medie).....	28
Tabella 4-6: Costi (€) per prestazione e Regione in strutture private regime solventi (medie)	29
Tabella 4-7: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (Liguria medie)31	
Tabella 4-8: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (Emilia Romagna medie)	31
Tabella 4-9: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (Marche medie)	32
Tabella 4-10: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (Sicilia medie)32	
Tabella 4-11: Costi (€) per prestazione e regime di offerta (Liguria medie)	33
Tabella 4-12: Costi (€) per prestazione e regime di offerta (Emilia Romagna medie)33	
Tabella 4-13: Costi (€) per prestazione e regime di offerta (Marche medie)...	34
Tabella 4-14: Costi (€) per prestazione e regime di offerta (Sicilia medie)	34
Tabella 4-15: Tempi di attesa (giorni) per prestaz. e tipo di struttura pubbl. regime SSN - (Liguria medie)	35
Tabella 4-16: Tempi di attesa (giorni) per prestaz. e tipo di struttura pubbl. regime intramoenia - (Liguria medie)	35

Tabella 4-17: Costi (€) per prestaz. e tipo di struttura pubbl. in intramoenia - (Liguria medie)	36
Tabella 4-18: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e tipologia di struttura pubblica regime SSN - (Emilia Romagna medie)	36
Tabella 4-19: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e tipologia di struttura pubblica regime intramoenia (Emilia Romagna medie)	37
Tabella 4-20: Costi (€) per prestazione e tipologia di struttura pubblica regime intramoenia (Emilia Romagna medie)	37
Tabella 4-21: Tempi di attesa (giorni) per prestaz. e tipologia di struttura pubblica Regime SSN - (Marche medie)	38
Tabella 4-22: Tempi di attesa (giorni) per prestaz. e tipologia di struttura pubblica regime intramoenia - (Marche medie)	38
Tabella 4-23: Costi (€) per prestaz. e tipologia di struttura pubblica regime intramoenia - (Marche medie)	39
Tabella 4-24: Tempi di attesa (giorni) per prestaz. e tipologia di struttura pubblica Regime SSN - (Sicilia medie)	39
Tabella 4-25: Tempi di attesa (giorni) per prestaz. e tipologia di struttura pubblica regime intramoenia - (Sicilia medie)	40
Tabella 4-26: Costi (€) per prestaz. e tipologia di struttura pubblica regime intramoenia - (Sicilia medie)	40
Tabella 5-1: Indicatori regionali	42

1. Gli obiettivi della ricerca

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.

Rimandando al capitolo successivo per una breve disamina delle analisi disponibili a supporto delle affermazioni precedenti, osserviamo qui che 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.

Ci sembra ancora valido quanto scrivemmo nel I rapporto dell’Osservatorio (2017), e che riportiamo integralmente: «... 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 adeguati, 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), il 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 dell'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 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 e 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 invitiamo ad una lettura consapevole dei dati: 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.

2. Le dimensioni di valutazione dei sistemi sanitari: il ruolo dei tempi di attesa e della spesa privata

A livello internazionale (e anche nazionale) vengono periodicamente pubblicate classifiche sui sistemi sanitari, con obiettivi variegati.

In tali classifiche, l'Italia ha in generale un posizionamento diverso, se non opposto, a seconda che il focus si concentri su aspetti di efficienza, piuttosto che di soddisfazione per la qualità dei servizi.

Nel caso in cui il focus sia l'efficienza, la maggior parte delle classifiche internazionali sui sistemi sanitari prodotte e diffuse da agenzie pubbliche e private, usa come misura il rapporto fra la spesa sanitaria pro-capite – in genere in percentuale sul Prodotto Interno Lordo (PIL) – e il dato sulla speranza di vita.

Utilizzando questa ottica, l'Italia ottiene, nella maggior parte dei casi, punteggi e posizionamenti più che lusinghieri. Ad esempio, la più recente classifica internazionale in ordine di data di pubblicazione, la *Health Care Efficiency* di *Bloomberg*, stilata sulla base di dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO), Banca Mondiale, ONU e Fondo Monetario Internazionale, posiziona l'Italia al 4° posto a livello mondiale ed al 2° a livello europeo dopo la Spagna.

In passato, altre autorevoli istituzioni avevano effettuato analoghe valutazioni, nelle quali l'Italia otteneva costantemente un posizionamento molto positivo.

Rispetto a questo approccio, non sono, però, mancate le osservazioni critiche: in via prevalente, legate alla scelta degli indicatori di cui tenere conto, dai più ritenute indicative dell'efficienza economica, ma poco della efficacia e della equità.

In particolare, le voci critiche hanno puntato l'attenzione su due aspetti: in primis il fatto che la elevata speranza di vita in Italia costituisca un dato storicamente consolidato (e, secondo molti, abbastanza indipendente dalla qualità dei servizi sanitari); e, in secondo luogo, la non considerazione delle potenziali

conseguenze del processo di de-finanziamento della sanità pubblica italiana, particolarmente accentuato negli ultimi anni.

Sull'ultimo punto si osservi che nel suo XIV Rapporto 2018, presentato nel gennaio 2019, C.R.E.A. Sanità testimonia come nei Paesi facenti parte della EU prima del 1995 (EU-Ante 1995), il settore pubblico faccia fronte mediamente all'80,5% della spesa sanitaria corrente, mentre in Italia tale quota risulta pari al 74,0%.

L'Italia fa eccezione anche perché la quota pubblica si è contratta nel tempo, mentre in Europa è, in media, aumentata anche negli anni di massima crisi (ad eccezione di una lieve flessione tra il 2011 ed il 2013): rimanendo su valori prossimi all'80,0% fino al 2015, per superare di circa mezzo punto percentuale tale soglia, sia nel 2016 che nel 2017.

Considerando che, per i restanti Paesi EU entrati con la ratifica del Trattato di Corfù (EU-Post 1995), la quota pubblica media di finanziamento della spesa sanitaria è al 72,2%, si conclude che il valore della copertura pubblica dell'Italia è ormai più vicino a quello medio dei Paesi EU-Post 1995 (72,2%) che a quello dei Paesi EU-Ante 1995.

La prima conseguenza di questo de-finanziamento è certamente una diminuzione dell'intervento equitativo pubblico; la seconda è una crescita continua del gap di spesa fra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995.

La spesa sanitaria totale corrente italiana, nel 2017, risulta pari a € 2.522,2 pro-capite, valore inferiore del 31,3% rispetto ai rimanenti Paesi EU-Ante 1995, dove in media si spendono € 3.671,8 pro-capite.

Nel periodo 2000-2017 il gap è quasi raddoppiato (17,9% vs 31,3%): in particolare, la crescita media annua tra il 2012 ed il 2017 è stata pari allo 0,8% in Italia, contro il 2,8% degli altri Paesi EU-Ante 1995.

Secondo le analisi del C.R.E.A. Sanità (2018), e si proseguirà ancora nel tempo con gli andamenti attuali, la sostenibilità del SSN e, quindi, il mantenimento dei risultati raggiunti, può effettivamente divenire critico: prima di tutto in termini equitativi, quindi in quelli organizzativi che impattano sulla soddisfazione dei cittadini.

Dello stesso tenore risultano le recenti valutazioni dell'ASviS (Alleanza italiana Sviluppo Sostenibile) sullo stato dell'arte italiano relativamente all'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU 2030 sullo sviluppo sostenibile ("Salute e benessere per tutti a tutte le età"); si evidenzia come per molti indicatori l'Italia si collochi tra i paesi più virtuosi, e per molti dati si assista ad un miglioramento anche nel Sud. Allo stesso tempo, però, si rilevano, in particolare dal 2015 in poi, alcuni preoccupanti rallentamenti e in qualche caso addirittura uno stallo dei processi di miglioramento, che ASviS ipotizza possano mettere a rischio il raggiungimento dell'obiettivo proposto per il 2030 dall'Agenda ONU.

Sul versante dell'efficacia dei sistemi, come anticipato, l'Italia ha ancora risultati "aggregati" certamente eccellenti, sebbene alcune ombre si intravedono entrando nel merito di specifiche dimensioni.

In particolare, oltre che sulla aspettativa di vita (come già anticipato), i risultati dell'Italia sono tendenzialmente buoni in termini di prevenzione e stili di vita, sebbene con alcuni elementi di criticità.

Ad esempio (C.R.E.A. Sanità 2018) con riferimento ai principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili, la quota italiana di persone di 15 anni e più in eccesso ponderale (BMI $\geq 25,0$) è la più bassa (45,1%) in Europa. Anche il tasso degli obesi (BMI ≥ 30) è il più basso (9,8%) e in leggera diminuzione sia rispetto al 2015 che rispetto al 2006. Purtroppo, invece, la quota di bambini (6-9 anni) in eccesso ponderale è la seconda più alta in EU (42,0%). Né va meglio per la prevalenza dei ragazzi italiani di 15 anni in eccesso ponderale: sui 23 Paesi EU considerati solo 7 registrano un tasso più elevato di quello medio italiano. Peraltro, a livello regionale, i tassi di obesità sia tra gli adulti che tra i bambini presentano un evidente gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali (con qualche ragguardevole eccezione). Gli adolescenti in età scolare (11-17 anni) che in Italia non praticano sufficiente attività fisica (in base alle raccomandazioni WHO) erano, nel 2010, il 91,0% tra i maschi e il 92,6% tra le femmine, in assoluto i tassi più alti tra i Paesi europei.

L'Italia registra migliori risultati se si considera il consumo di alcol, essendo il secondo Paese con la quota minore di alcol consumato dalle persone di 15 anni e più, valore stabile rispetto al 2015 e in diminuzione rispetto al 2006. Su questo indicatore, a livello regionale, la quota di consumatori è maggiore nelle Regioni settentrionali (con qualche eccezione).

Con riferimento al fumo di tabacco, con il 20,0% di fumatori tra le persone di 15 anni e più, l'Italia si colloca nel 2016 in una posizione intermedia tra i Paesi EU, e la quota è in diminuzione rispetto al 2006. A livello territoriale, le prevalenze più alte si registrano soprattutto in alcune Regioni del Centro-Sud.

Per quanto riguarda la prevenzione e, in particolare le vaccinazioni, a partire dal 2013 si è assistito ad un progressivo calo delle coperture vaccinali pediatriche (tra i bambini ad un anno di età), che ha determinato la caduta della copertura media sotto la soglia del 95,0%, raccomandata da OMS-WHO per garantire la cosiddetta "immunità di gregge". Nel 2017, secondo l'OECD, oltre all'Italia, altri 6 Paesi EU sono rimasti sotto la soglia raccomandata, anche se nel nostro Paese si è registrato un miglioramento rispetto al 2016 (dal 93,0% al 94,0%), ma un peggioramento rispetto al 2006 (quando la copertura era pari al 96,0%). A livello territoriale, sono in maggioranza settentrionali le 9 Regioni che per tutte le vaccinazioni obbligatorie registrano una copertura inferiore al 95,0%.

Con riferimento alla copertura vaccinale degli over 65 contro l'influenza stagionale, l'Italia con il 49,9% è settima su 23 Paesi EU (con un calo di -18,4 punti percentuali rispetto al 2006), ma ancora molto lontana dalla copertura raccomandata del 75,0%.

Infine, con riferimento allo *screening* mammografico, su 17 Paesi EU nel 2016 l'Italia si trova a metà classifica, con il 60,0% di donne tra 50 e 69 anni di età che ha partecipato ad un programma organizzato di *screening*. La quota è in lieve aumento (+0,4 punti percentuali) rispetto al 2006, e va considerato che la copertura è sottostimata in quanto non tiene conto degli esami effettuati spontaneamente. A livello territoriale, in generale le adesioni risultano maggiori nelle Regioni settentrionali (XIV Rapporto 2018 C.R.E.A. Sanità).

Le analisi nazionali trovano conferme a livello internazionale: ad esempio, l'OECD *Health Database*, che definisce i profili nazionali dei sistemi sanitari sulla base di 76 indicatori, organizzati in 9 categorie (stato di salute, fattori di rischio, accesso alle cure, qualità dell'assistenza ed esiti di salute, spesa sanitaria, personale, erogazione dell'assistenza farmaceutica, invecchiamento e *long-term care*), conferma per l'Italia valutazioni positive per molti aspetti, ma anche diverse criticità, tra cui le più importanti risultano: le disparità legate al genere ed alle condizioni socio-economiche per quanto riguarda lo stato di salute, il sovrappeso e l'obesità dei minori (40% tra i bambini nelle Regioni meridionali), il peso delle spese a carico dei pazienti (23% del totale rispetto ad una media OECD del 15%), le differenze nell'accesso ai servizi tra Regioni e per condizione economica.

La Fondazione GIMBE ha ulteriormente approfondito le *performance* italiane rispetto ai 76 indicatori OECD, evidenziando quelli per i quali i risultati sono più critici: l'attività fisica, l'obesità infantile ed il fumo degli adolescenti rispetto alla alimentazione e agli altri fattori di rischio; la mortalità per alcune cause, il basso peso alla nascita e la percezione dello stato di salute per quanto concerne gli stati di salute; rispetto agli esiti di salute, alcuni indicatori relativi agli *screening* ed alla sopravvivenza per tumore, nonché i tempi per l'intervento a seguito di frattura del femore, l'uso di antibiotici, le vaccinazioni infantili, la mortalità per carcinoma della mammella; la spesa *out of pocket* (OOP) delle famiglie rispetto ai dati di accesso alle cure; rispetto agli indicatori di spesa sanitaria la spesa per gli investimenti, la spesa per *long term care* e quella OOP; rispetto al personale, quasi tutti gli indicatori.

Le preoccupazioni sulla spesa OOP emergono anche dal lavoro svolto nell'ambito dello *European Health Report* dall'OMS-WHO, che al capitolo *Ensure universal coverage and the right to health*, segnala la crescita continua della spesa sanitaria OOP in Europa, arrivata ad un valore percentuale medio del 26,6% di quella totale e con differenze molto significative tra Nord e Sud dell'Europa (rispettivamente il 14,7% verso il 46,2%). Secondo l'OMS-WHO si tratta di un chiaro segnale di iniquità.

Tutti i dati e le analisi disponibili, precedentemente riassunti, confermano l'ipotesi secondo la quale gli elementi di maggiore criticità per il SSN sembrano annidarsi nella dimensione dell'equità e in particolare nelle disparità geografiche.

Altro elemento di criticità riconosciuto importante in tutte le analisi, è quello relativo alla soddisfazione dei pazienti/cittadini.

Entrando nello specifico di questo ultimo aspetto, per quanto concerne le classifiche prodotte utilizzando indicatori soggettivi, che esprimono cioè il punto di vista del cittadino, è d'obbligo iniziare con il Rapporto *EuroHealth Consumer Index* elaborato a partire dal 2005 dall'*Health Consumer Powerhouse Ltd* (HCP). Il rapporto è il prodotto di una analisi combinata di statistiche pubbliche, sondaggi presso i pazienti e ricerche indipendenti condotte direttamente da HCP, con il sostegno della Commissione Europea (DG Società dell'informazione e mezzi di comunicazione).

Il Rapporto classifica i sistemi sanitari nazionali utilizzando 38 indicatori che coprono sei aree ritenute chiave per il cittadino che usufruisce dei servizi sanitari: diritti e informazione dei pazienti, digitalizzazione dei servizi, tempi di attesa per il trattamento, risultati, *outcome* e qualità, gamma e ambito dei servizi forniti, accesso ai farmaci.

Nella edizione 2017 di questa analisi, l'Italia si colloca al 20° posto su 35 Paesi EU (mentre nel 2016 era all'11°): ed, in particolare, il Rapporto evidenzia e conferma che l'Italia è il Paese europeo con la più grande differenza tra Regioni.

Una meno nota classifica internazionale viene stilata da Numbeo (2018) su 69 Paesi, attraverso un *data base* fruibile *on line* e relativo a varie dimensioni di qualità: competenze dei professionisti, tempi degli accertamenti e referti, tecnologie, cortesia, tempi di attesa, ubicazione dei servizi. In questa graduatoria l'Italia si colloca al 32° posto.

Questa ulteriore serie di dati e analisi conferma che, ai fini della valutazione delle *performance* dei sistemi sanitari, le dimensioni dell'equità e della soddisfazione, non sono

necessariamente sovrapponibili a quella dell'efficienza economica (basti pensare al diverso posizionamento nel *ranking* dell'Italia).

Proprio nell'ambito di queste dimensioni si posiziona l'importanza dei tempi di attesa, che impattano tanto sull'equità, quanto sulla soddisfazione per i servizi: non stupisce, quindi, che il tema negli anni abbia ricevuto ripetutamente attenzione da parte degli analisti del SSN in Italia.

Rimandando al *Report* della I annualità di questo Osservatorio per una disamina delle ricerche sul tema liste di attesa svolte nell'ultimo ventennio e, in particolare, di quelle sviluppate dopo l'approvazione, nel 2010, del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), analizziamo qui le evidenze nel frattempo prodotte.

Il Tribunale per i diritti del malato, con il suo Osservatorio Pit Salute, rimane la fonte primaria di informazione sul tema. Nel Rapporto 2017, si registra un netto peggioramento rispetto a tempi e costi per l'accesso alle cure: le segnalazioni di tempi lunghi per accedere alle visite specialistiche passano dal 34,3% del totale del 2015 al 40,3% del 2016. Per quanto riguarda le differenze tra prestazioni, per gli interventi chirurgici le segnalazioni scendono dal 35,3% al 28,1%, mentre per gli esami diagnostici si passa dal 25,5% al 26,4%. Inoltre, il 37,4% delle segnalazioni denuncia costi elevati del *ticket*, ed in particolare aumenti per quanto riguarda la diagnostica e la specialistica; il 31,0% delle segnalazioni esprime disagio per casi di mancata esenzione dal *ticket* (erano il 24,5% nel 2015); circa il 30% degli intervistati da Pit Salute denuncia, poi, difficoltà con i servizi di riabilitazione a domicilio, il 14,3% con l'assistenza domiciliare ed il 12,4% con l'assistenza protesica ed integrativa. Lunghe attese sono segnalate, inoltre, per il riconoscimento dell'handicap (13,8% degli intervistati), nonché per l'erogazione dei benefici economici e delle agevolazioni (15,8%). Infine, le lunghe attese al Pronto Soccorso vengono segnalate dal 40,5% degli intervistati.

Sul tema spese private sostenute dalle famiglie, l'VIII Rapporto annuale RBM-Salute Censis segnala che sono state 150 milioni le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani

nel 2017, per una spesa complessiva di € 39,7 miliardi: l'aumento tra il 2013 ed il 2017 è stato del 9,6%. Il fenomeno riguarderebbe, secondo questo studio, 2 italiani su 3 (oltre 44,1 milioni di persone), con un esborso medio di circa € 655 per cittadino; gli acquisti a carico dei cittadini riguardano secondo RBM-Salute i farmaci (7 cittadini su 10), le visite specialistiche (6 su 10), l'odontoiatria (4 su 10), la diagnostica (5 su 10), gli occhiali (1,5 su 10) e le protesi (1 su 10); viene segnalato, inoltre, che dal 2006 è cresciuta l'incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito medio pro-capite, passando dal 2,6% al 3,0% del 2018.

Per quanto riguarda i dati di fonte Indagine Censis, proposti dal Rapporto citato, interessa ancora sottolineare come si rilevi per il 2018 una presenza di un quarto circa di intervistati che dichiarano di aver fatto ricorso a conoscenze e raccomandazioni per accelerare l'accesso a visite mediche specialistiche. Inoltre, il 37,8% esprime sentimenti di rabbia, ed il 26,8% di fastidio nei confronti della sanità pubblica.

Per quanto riguarda questo ultimo aspetto, può essere interessante citare il Rapporto "Curiamo la corruzione", reso pubblico a fine 2017 da *Transparency International Italia* (TI), a nome del Consorzio TI – Censis – Risc e Ispe Sanità, all'interno del quale una indagine campionaria Censis indaga su quali settori gli intervistati ritengano maggiormente a rischio di corruzione; tra questi le "Liste di attesa" compaiono al 3° posto, con un punteggio di 5,56 (in una scala da 1/ minimo a 9/ massimo), subito dopo gli acquisti e la fornitura di beni e servizi. Nell'ambito del medesimo Rapporto, sulla base di dati raccolti presso le Aziende sanitarie e nei Piani Anticorruzione, si segnalano specifici rischi di corruzione nell'ambito del sistema di gestione delle liste di attesa (con un punteggio di 10,4 tra 0 e 13, e in ottava posizione su 13 voci).

Tornando alla spesa sostenuta privatamente dalle famiglie, il XIV Rapporto C.R.E.A. Sanità evidenzia che il gap rispetto ai Paesi dell'EU-Ante 95 è pari all'8,5%, ma che in termini di PPP (Parità di Potere di Acquisto) i cittadini italiani spendono quanto quelli degli altri Paesi EU, malgrado la natura Universalistica e globale del SSN.

Inoltre, mentre il *gap* era cresciuto in modo sostenuto nel periodo 2000-2015 (da ricordare l'abolizione dei *ticket* nel 2001), negli ultimi anni è diminuito significativamente, a dimostrazione di una crescita elevata della spesa privata in Italia (sebbene il dato dipenda anche in parte attribuibile alla revisione statistica intervenuta delle serie di spesa privata).

La stima di C.R.E.A. Sanità per la spesa privata si attesta su € 34,8 miliardi. (€ 33,3 miliardi nel 2016), di cui il 92,1% OOP, e il 7,9% intermediata, a sua volta composto dal 6,4% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e solo l'1,5% a polizze individuali.

Da segnalare, infine, le stime dell'impatto equitativo della spesa OOP, sia in termini di impoverimento delle famiglie, che di carichi "catastrofici" sui bilanci familiari (si veda il XIV Rapporto C.R.E.A Sanità, 2018).

Sul fronte delle differenze regionali, si segnala ancora il monitoraggio avviato dalla Fondazione GIMBE sugli adempimenti di Regioni e Province Autonome rispetto ai tempi di accesso alle prestazioni nelle diverse realtà territoriali, ai sensi del cosiddetto "Decreto trasparenza" (Dlgs 14 marzo 2013, n. 33), che dovrebbero essere rese pubblicamente disponibili a tutti. Secondo il GIMBE, tutte le Regioni e Province Autonome rendono disponibili le norme di riferimento (delibere di recepimento del Piano nazionale e Piani Regionali) ma, per quanto riguarda le altre informazioni, si osservano notevoli differenze: Campania, Molise e Toscana in pratica non rendono disponibile alcun *report*; Calabria, Lombardia e Umbria rimandano ai siti *web* delle aziende sanitarie; 9 Regioni e una Provincia Autonoma rendono disponibile un archivio storico sui tempi di attesa con *range* temporali e frequenza degli aggiornamenti molto variabili: la Provincia Autonoma di Trento dal 2013 al 2017, l'Abruzzo dal 2013 al 2014, il Friuli-Venezia Giulia dal 2009 al 2014, la Liguria dal 2017 a Marzo 2018, le Marche da Settembre 2014 a Maggio 2018, il Piemonte dal 2009 al 2017, la Puglia da Aprile 2012 a Ottobre 2017, la Sardegna da Ottobre 2014 ad Aprile 2018, la Sicilia solo Ottobre 2013, e il Veneto da Gennaio 2017 ad Aprile 2018.

Secondo questa analisi, solo 5 Regioni offrono dati significativi: la Provincia Autonoma di Bolzano riporta per 58 prestazioni i tempi di attesa nelle diverse aziende sanitarie rispetto ad un preciso giorno di riferimento; la Valle d'Aosta riporta i tempi di attesa per oltre 100 prestazioni riferite al mese precedente; l'Emilia Romagna dà indicazioni per 50 prestazioni sulla quota erogata entro i tempi massimi previsti (i *report* sono elaborati a cadenza settimanale dal Gennaio 2016 e sono disponibili anche *report* storici dal Gennaio 2015); il portale della Regione Lazio offre per 44 prestazioni le stesse modalità di rendicontazione dell'Emilia Romagna, ma non permette di confrontare le *performance* per singola prestazione tra differenti aziende sanitarie; la Basilicata fornisce tramite portale tutte le informazioni per ciascuna Azienda sanitaria, nonché un archivio storico per il periodo 2014-2018, con i tempi medi.

3. I risultati (in media) delle rilevazioni

Conservando lo schema di organizzazione dei dati utilizzato nel I Rapporto, iniziamo l'analisi dai valori dei tempi e dei costi rilevati nella media delle nuove 4 Regioni studiate in questa II edizione dell'Osservatorio: Emilia Romagna, Liguria, Marche e Sicilia. Come già osservato lo scorso anno, non si tratta di un campione rappresentativo della realtà nazionale, ma sicuramente di uno spaccato significativo in quanto relativo ad ampi territori del Paese.

Il confronto con i dati medi raccolti nelle Regioni esaminate lo scorso anno (Campania, Lazio, Lombardia, e Veneto) benché spurio, in quanto riferito ad anni diversi, ed a territori diversi, può comunque fornire alcuni interessanti spunti di ulteriore riflessione.

Per quanto riguarda i tempi di attesa per le prestazioni analizzate (Tabella 3-1) 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).

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).

**Tabella 3-1: Tempi di attesa (giorni)
per prestazione e regime di offerta
(media rilevazioni)**

	Pubblico	Intra- moenia	Privato conven.	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

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, e sono anche molto simili.

**Tabella 3-2: 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
Gastrosopia	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 3-2), nelle 4 Regioni considerate i risultati del 2018 confermano sostanzialmente quelli del 2017. I costi dei due regimi (intramoenia e solventi) 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.

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.

4. I confronti tra Regioni

Confrontando i tempi di attesa fra le Regioni della rilevazione 2018 (Tabella 4-1), per quanto concerne le strutture pubbliche in regime SSN, il dato maggiormente evidente è la migliore performance dell'Emilia Romagna, seguita dalla Liguria.

**Tabella 4-1: 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
Gastroscoopia	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
Gastroscoopia	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

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

**Tabella 4-2: 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
Gastrosocopia	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
Gastrosocopia	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

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.

**Tabella 4-3: 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
Gastrosocopia		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
Gastrosocopia	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

Per quanto riguarda il regime di intramoenia (Tabella 4-2/Tabella 4-2), 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 4-3), 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.

Spiccano i tempi particolarmente lunghi nelle Marche per alcune prestazioni, quali visita oculistica, ecocardiografia, colonscopia, elettromiografia, ed in Sicilia per colonscopia ed elettromiografia.

In regime di solventi nelle strutture private (Tabella 4-4), 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.

**Tabella 4-4: 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

**Tabella 4-4: Tempi di attesa (giorni)
per prestazione e Regione
in strutture private regime solventi
(medie)**

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
Gastroscofia	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

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'intramoenia (Tabella 4-5): 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 4-5: 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
Gastrosocopia	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
Gastrosocopia	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

Nel caso dei solventi (in strutture private) i costi sono mediamente allineati con quelli rilevati lo scorso anno; i dati regionali mostrano (Tabella 4-6) valori più elevati in Liguria per molte prestazioni, ed in particolare per la colonscopia e la gastrosocopia; 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.

Tabella 4-6: 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
Gastroscolopia	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
Gastroscolopia	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

4.1. Le singole Regioni

In continuità con il I Rapporto, riportiamo di seguito il dettaglio dei tempi di attesa e dei costi delle prestazioni, a livello regionale, ulteriormente stratificato per tipologia di struttura sanitarie.

Le osservazioni esposte precedentemente sulle differenze medie regionali tra i diversi regimi di erogazione si ripropongono ovviamente nella analisi a livello di tipologia di struttura e Regione.

Ad esempio, in Liguria appare evidente l'abbinamento tra tempi di attesa minori (rispetto alla media) nel pubblico e nel privato convenzionato e tempi maggiori in intramoenia e regime solventi. Analoghe evidenze si riscontrano nelle altre Regioni. Particolarmente lunghi appaiono i tempi di attesa nelle Marche ed in Sicilia per le prestazioni di maggiore complessità.

Per ciò che concerne i costi, essi risultano particolarmente elevati in Liguria per la colonscopia in regime solventi, in Emilia Romagna per la elettromiografia in intramoenia, nelle Marche per la gastroscopia in intramoenia e in Sicilia per la colonscopia in regime solventi.

Si conferma l'esistenza di una discrasia nei risultati per tipologia di struttura: in particolare risultano significative le differenze di attesa tra presidi ASL ed aziende ospedaliere, che già lo scorso anno avevamo indicato come un segnale di una carenza di coordinamento regionale, ovvero di governo dei flussi di accesso alle prestazioni nelle diverse tipologia di struttura.

**Tabella 4-7: Tempi di attesa (giorni)
per prestazione e regime di offerta
(Liguria medie)**

	Pubblico	Intra- moenia	Privato conven.	Privato solventi
Visita oculistica	58,0	8,3	40,0	6,0
Visita ortopedica	53,9	6,8	29,5	6,2
Rx articolare	23,8	4,2	21,3	5,5
Spirometria	29,4	5,3		4,6
Ecocardiografia	37,3	4,1	16,5	3,9
Ecodoppler venoso arti inf.	52,9	5,5	31,7	6,4
Eco tiroide	48,7	5,4	46,0	5,4
Colonscopia	86,5	9,1		8,2
Gastroscofia	44,5	8,4		8,2
Elettromiografia		9,0		8,7
Coronarografia				8,7

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-8: Tempi di attesa (giorni)
per prestazione e regime di offerta
(Emilia Romagna medie)**

	Pubblico	Intra- moenia	Privato conven.	Privato solventi
Visita oculistica	18,2	8,1	24,4	5,1
Visita ortopedica	19,5	8,6	18,1	4,7
Rx articolare	31,5	6,1	18,8	4,4
Spirometria	26,6	4,0	13,5	3,9
Ecocardiografia	36,0	5,1	25,2	4,9
Ecodoppler venoso arti inf.	32,9	6,5	24,1	4,6
Eco tiroide	26,2	6,2	22,7	4,5
Colonscopia	33,4	7,9	42,8	8,4
Gastroscofia	44,9	6,6	41,0	8,5
Elettromiografia	33,9	8,4	18,3	5,3
Coronarografia	23,3	9,2		7,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-9: Tempi di attesa (giorni)
per prestazione e regime di offerta
(Marche medie)**

	Pubblico	Intra- moenia	Privato conven.	Privato solventi
Visita oculistica	64,3	4,3	72,0	13,3
Visita ortopedica	91,0	5,8	49,4	8,3
Rx articolare	60,1	10,7	44,0	7,4
Spirometria	62,5	11,7	37,5	7,0
Ecocardiografia	71,3	8,8	83,8	9,2
Ecodoppler venoso arti inf.	107,1	7,0	35,4	7,5
Eco tiroide	150,9	9,4	28,9	7,2
Colonscopia	160,4	11,6	97,5	11,8
Gastrosopia	159,4	11,9	38,0	10,9
Elettromiografia	175,3	47,8	90,0	13,4
Coronarografia				

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-10: Tempi di attesa (giorni)
per prestazione e regime di offerta
(Sicilia medie)**

	Pubblico	Intra- moenia	Privato conven.	Privato solventi
Visita oculistica	35,8	5,2	30,0	6,9
Visita ortopedica	36,6	8,5	,	5,6
Rx articolare	30,3	3,8	10,7	2,5
Spirometria	31,5	9,8	18,5	4,2
Ecocardiografia	107,8	6,7	51,7	6,1
Ecodoppler venoso arti inf.	74,4	6,4	44,3	7,5
Eco tiroide	39,2	9,3	55,6	7,4
Colonscopia	157,9	13,7	114,0	16,0
Gastrosopia	134,1	24,9	78,0	15,6
Elettromiografia	103,0	7,3	20,7	5,3
Coronarografia				1,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-11: Costi (€)
per prestazione e regime di offerta
(Liguria medie)**

Prestazioni	Intra- moenia	Privato solventi
Visita oculistica	124,5	121,0
Visita ortopedica	129,3	132,0
Rx articolare	69,0	81,9
Spirometria	57,5	68,2
Ecocardiografia	119,1	110,4
Ecodoppler venoso arti inf.	119,6	119,1
Eco tiroide	64,3	73,0
Colonscopia	397,1	500,0
Gastrosopia	303,1	284,2
Elettromiografia	90,0	146,6
Coronarografia		1.000,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-12: Costi (€)
per prestazione e regime di offerta
(Emilia Romagna medie)**

Prestazioni	Intra- moenia	Privato solventi
Visita oculistica	98,7	100,6
Visita ortopedica	110,5	110,1
Rx articolare	81,7	58,4
Spirometria	45,4	52,2
Ecocardiografia	115,5	101,6
Ecodoppler venoso arti inf.	98,6	98,7
Eco tiroide	79,8	82,0
Colonscopia	295,7	245,2
Gastrosopia	229,7	206,8
Elettromiografia	147,1	109,0
Coronarografia	274,0	

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-13: Costi (€)
per prestazione e regime di offerta
(Marche medie)**

Prestazioni	Intra- moenia	Privato solventi
Visita oculistica	96,3	92,9
Visita ortopedica	100,9	112,8
Rx articolare	49,8	50,0
Spirometria	71,5	63,6
Ecocardiografia	93,8	88,3
Ecodoppler venoso arti inf.	80,6	75,7
Eco tiroide	77,5	66,2
Colonscopia	212,1	174,0
Gastrosopia	183,3	135,4
Elettromiografia	110,6	124,1
Coronarografia		

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-14: Costi (€)
per prestazione e regime di offerta
(Sicilia medie)**

Prestazioni	Intra- moenia	Privato solventi
Visita oculistica	64,1	87,0
Visita ortopedica	89,8	117,8
Rx articolare	55,0	34,4
Spirometria	42,9	55,8
Ecocardiografia	106,7	89,8
Ecodoppler venoso arti inf.	93,3	88,1
Eco tiroide	60,7	60,6
Colonscopia	191,7	223,8
Gastrosopia	137,4	151,3
Elettromiografia	89,5	90,0
Coronarografia		2.110,0

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

Tabella 4-15: Tempi di attesa (giorni) per prestaz. e tipo di struttura pubbl. regime SSN - (Liguria medie)

Giorni	Presidi ASL	Az. Osped.
Visita oculistica	56,0	59,1
Visita ortopedica	47,7	57,0
Rx articolare	2,0	25,2
Spirometria		29,4
Ecocardiografia	40,0	36,3
Ecodoppler venoso arti inf.	46,8	54,4
Eco tiroide	15,0	51,1
Colonscopia		86,5
Gastroscopia		44,5
Elettromiografia		
Coronarografia		

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

Tabella 4-16: Tempi di attesa (giorni) per prestaz. e tipo di struttura pubbl. regime intramoenia - (Liguria medie)

Giorni	Presidi ASL	Az. da Osped.
Visita oculistica	7,0	8.8
Visita ortopedica	6,3	7.0
Rx articolare	3,0	4.4
Spirometria		5.3
Ecocardiografia	3,0	4.2
Ecodoppler venoso arti inf.	7,0	5.0
Eco tiroide	5,5	5.3
Colonscopia		9.1
Gastroscopia		8.4
Elettromiografia		9.0
Coronarografia		

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-17: Costi (€)
per prestaz. e tipo di struttura pubbl.
in intramoenia - (Liguria medie)**

Giorni	Presidi ASL	Az. da Osped.
Visita oculistica	96,7	135,0
Visita ortopedica	127,5	130,0
Rx articolare	81,0	66,8
Spirometria		57,5
Ecocardiografia	100,0	120,7
Ecodoppler venoso arti inf.	110,0	122,5
Eco tiroide	65,0	64,1
Colonscopia		397,1
Gastroscopia		303,1
Elettromiografia		90,0
Coronarografia		

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-18: Tempi di attesa (giorni)
per prestazione e tipologia di struttura pubblica
regime SSN - (Emilia Romagna medie)**

Prestazioni	Presidi ASL	Azienda osped.	Azienda osped. universit.	IRCCS
Visita oculistica	13,0	17,2	30,0	
Visita ortopedica	12,5	18,2	30,0	30,0
Rx articolare	10,0	28,8	60,0	30,0
Spirometria	29,5	21,8	60,0	
Ecocardiografia	15,5	35,0	60,0	
Ecodoppler venoso arti inf.	18,0	30,5	60,0	
Eco tiroide	10,0	23,8	60,0	
Colonscopia	29,0	29,6	60,0	
Gastroscopia	24,0	43,0	60,0	
Elettromiografia	17,0	30,8	60,0	
Coronarografia	10,0	26,0		

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-19: Tempi di attesa (giorni)
per prestazione e tipologia di struttura pubblica
regime intramoenia (Emilia Romagna medie)**

Prestazioni	Presidi ASL	Azienda osped.	Azienda osped. universit.	IRCCS
Visita oculistica	10,0	7,4	10,5	
Visita ortopedica	13,5	5,5	22,5	17,0
Rx articolare	3,0	6,9		
Spirometria	2,5	4,2	5,0	
Ecocardiografia	3,0	5,6	6,0	
Ecodoppler venoso arti inf.	7,5	5,8	9,0	
Eco tiroide	3,0	6,3	8,5	
Colonscopia	5,0	8,7	4,5	
Gastrosopia	1,0	8,4	3,0	
Elettromiografia	13,0	6,5	7,0	
Coronarografia	5,0	10,3		

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-20: Costi (€)
per prestazione e tipologia di struttura pubblica
regime intramoenia (Emilia Romagna medie)**

Prestazioni	Presidi ASL	Azienda osped.	Azienda osped. universit.	IRCCS
Visita oculistica	83,5	94,3	142,5	
Visita ortopedica	86,5	109,1	108,5	183,0
Rx articolare	56,0	90,9	50,0	
Spirometria	35,0	47,4	40,0	
Ecocardiografia	91,0	127,3	98,5	
Ecodoppler venoso arti inf.	102,0	93,5	121,0	
Eco tiroide	72,5	76,6	111,5	
Colonscopia	255,0	281,0	411,5	
Gastrosopia	186,0	223,0	300,0	
Elettromiografia	110,0	135,3	202,0	
Coronarografia	150,0	300,0	320,0	

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-21: Tempi di attesa (giorni)
per prestaz. e tipologia di struttura pubblica
Regime SSN - (Marche medie)**

Giorni	Presidi ASL	Azienda osped.	IRCCS
Visita oculistica	50,0	70,7	
Visita ortopedica	27,3	112,2	
Rx articolare	18,0	74,5	85,0
Spirometria	18,3	83,6	48,0
Ecocardiografia	35,0	80,8	95,0
Ecodoppler venoso arti inf.	15,3	118,2	260,0
Eco tiroide	140,0	158,3	95,0
Colonscopia	190,0	155,5	150,0
Gastrosopia	40,0	197,8	53,0
Elettromiografia	90,0	225,0	161,0
Coronarografia			

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-22: Tempi di attesa (giorni)
per prestaz. e tipologia di struttura pubblica
regime intramoenia - (Marche medie)**

Giorni	Presidi ASL	Azienda osped.	IRCCS
Visita oculistica	5,0	3,8	
Visita ortopedica	5,0	6,0	
Rx articolare	5,0	11,3	23,0
Spirometria	5,3	15,7	7,0
Ecocardiografia	4,0	10,4	2,0
Ecodoppler venoso arti inf.	8,0	6,5	10,0
Eco tiroide	11,0	9,8	1,0
Colonscopia	7,0	12,3	14,0
Gastrosopia	10,0	11,9	14,0
Elettromiografia	7,0	56,0	56,0
Coronarografia	5,0	3,8	

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-23: Costi (€)
per prestaz. e tipologia di struttura pubblica
regime intramoenia - (Marche medie)**

Giorni	Presidi ASL	Azienda osped.	IRCCS
Visita oculistica	93,3	98,0	
Visita ortopedica	98,7	101,6	
Rx articolare	63,3	46,9	30,0
Spirometria	53,3	87,5	30,0
Ecocardiografia	101,0	92,3	95,0
Ecodoppler venoso arti inf.	73,3	82,3	80,0
Eco tiroide	58,3	84,1	50,0
Colonscopia	190,0	217,7	200,0
Gastrosopia	250,0	182,9	120,0
Elettromiografia	113,0	103,3	130,0
Coronarografia			

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-24: Tempi di attesa (giorni)
per prestaz. e tipologia di struttura pubblica
Regime SSN - (Sicilia medie)**

Giorni	Presidi ASL	Azienda osped.	Azienda osped. universit.
Visita oculistica	23,9	57,9	50,0
Visita ortopedica	24,0	62,6	36,0
Rx articolare	20,1	24,7	198,0
Spirometria	9,7	48,8	3,0
Ecocardiografia	42,0	121,0	
Ecodoppler venoso arti inf.	48,1	103,9	
Eco tiroide	27,9	49,0	
Colonscopia	79,5	175,9	201,0
Gastrosopia	50,0	143,4	
Elettromiografia	59,5	124,8	
Coronarografia			

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-25: Tempi di attesa (giorni)
per prestaz. e tipologia di struttura pubblica
regime intramoenia - (Sicilia medie)**

Giorni	Presidi ASL	Azienda osped.	Azienda osped. universit.
Visita oculistica	7,8	4,1	3,0
Visita ortopedica	20,8	4,9	2,0
Rx articolare	1,0	4,8	3,0
Spirometria	14,7	8,3	
Ecocardiografia		6,7	
Ecodoppler venoso arti inf.	4,0	7,4	
Eco tiroide	15,5	7,6	
Colonscopia	7,0	14,8	6,0
Gastrosopia		24,9	
Elettromiografia	4,5	8,8	
Coronarografia			

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

**Tabella 4-26: Costi (€)
per prestaz. e tipologia di struttura pubblica
regime intramoenia - (Sicilia medie)**

Giorni	Presidi ASL	Azienda osped.	Azienda osped. universit.
Visita oculistica	60,0	60,7	100,0
Visita ortopedica	106,0	85,9	100,0
Rx articolare	120,0	43,0	50,0
Spirometria	36,7	44,8	
Ecocardiografia	80,0	109,4	
Ecodoppler venoso arti inf.	100,0	90,6	
Eco tiroide	51,0	61,9	
Colonscopia		189,3	225,0
Gastrosopia		137,4	
Elettromiografia	101,0	83,8	
Coronarografia			

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2018

5. La struttura dell'offerta regionale

Al fine di contestualizzare a livello regionale le analisi condotte, nella I rilevazione (2017) sono stati elaborati alcuni confronti relativi all'offerta assistenziale garantita dal SSN, che riproponiamo di seguito.

Erano stati, in particolare, elaborati 3 indicatori, a livello aggregato, correlabili con il dimensionamento dell'offerta del SSN, sia attraverso le strutture pubbliche, che quelle private accreditate.

Va premesso che la lettura dei dati deve tenere conto della non perfetta confrontabilità degli stessi; sono infatti numerosi i fattori confondenti: in particolare si richiama l'aspetto dell'efficienza di cui non è possibile tenere conto in modo oggettivo nei limiti della presente ricerca.

In altri termini, una minor numero di posti letto, ovvero di personale, non necessariamente implica una minore possibilità di accesso, in quanto potrebbe essere compensato da una maggiore efficienza.

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

Il primo indicatore elaborato riguarda la consistenza del personale, che è stata rapportata alla popolazione residente.

Come si può osservare (Tabella 5-1), a fronte di una media di 11,8 unità di personale del SSN per 1.000 residenti¹ (comprese quelle relative alle strutture private equiparate alle pubbliche) a livello nazionale, si va da 8,6 della Campania a 16,6 della Valle d'Aosta.

La Campania è quindi la Regione (fra le otto sinora rilevate) in cui la "copertura" da parte di personale di strutture Pubbliche (o equiparate) del SSN è minore; segue la Sicilia, con 9,7, il Lazio con 11,1, ancora sotto la media nazionale; quindi segue la Lombardia con 11,7 (praticamente pari alla media), le Marche con 12,2, l'Emilia Romagna con 13,5, il Veneto con 13,6 e la Liguria con 15,8,

¹ Purtroppo, il Ministero non aggiorna da tempo i dati sul personale e il dato più recente che è stato possibile reperire è relativo al 2013.

che è una delle Regioni a statuto ordinario con più personale pubblico.

Tabella 5-1: Indicatori regionali

Prestazioni	2013 Personale SSN	2013 Posti Letto Accreditati	2015 Spesa in convenz. € x 1.000 resid.
Italia	11,8	0,75	300,12
Piemonte	13,3	0,79	256,26
Valle d'Aosta	16,6	0,59	189,11
Lombardia	11,7	0,83	361,23
Pr. Aut. di Bolzano	16,5	0,51	159,77
Pr. Aut. di Trento	15,1	1,04	260,25
Veneto	13,1	0,26	286,94
Friuli Venezia Giulia	15,8	0,42	172,60
Liguria	15,8	0,13	160,04
Emilia Romagna	13,5	1,04	233,37
Toscana	13,7	0,49	184,26
Umbria	12,3	0,30	151,81
Marche	12,2	0,59	183,44
Lazio	11,1	0,91	376,41
Abruzzo	10,7	0,81	220,16
Molise	13,6	0,49	322,61
Campania	8,6	1,06	377,00
Puglia	10,3	0,59	368,76
Basilicata	12,2	0,26	229,14
Calabria	9,9	1,04	285,76
Sicilia	9,7	0,87	349,37
Sardegna	13,0	0,67	249,06

Fonte: elaborazioni C.R.E.A. Sanità 2017 su dati MinSan e Istat

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 interesse troviamo, quindi, ancora prima la Campania, che si conferma la Regione con la maggiore quota di privato,

seguita da vicino dall'Emilia Romagna (1,04), dal Lazio (0,91), dalla Sicilia (0,87), dalla Lombardia (0,83), dalle Marche (0,59) e dal Veneto con 0,26 letti privati accreditati ogni 1.000 residenti; come detto la Liguria ha un netto primato del "pubblico".

Ovviamente i dati sopra citati si riverberano sulle risorse destinate all'acquisto di servizi sanitari in convenzione/accreditamento. A fronte di una spesa media pro-capite nazionale per il 2015 di € 300,12 (Campania € 377,00, Umbria € 151,81), per le Regioni analizzate si va dal dato della Campania (che si conferma la Regione con maggior presenza di privato), al Lazio (€ 376,41), Lombardia (€ 361,23), Sicilia (€ 349,37), Veneto (€ 286,94), Emilia Romagna (€ 233,37), Marche (€ 183,4), per finire con la Liguria (€ 160,4). Si noti che il dato di Lazio, Lombardia e Sicilia è molto vicino a quello della Campania, dato spiegato dalla presenza di Strutture private che esercitano una forte attrazione di pazienti di altre Regioni.

Quindi, si conferma che la Campania è, in assoluto, la Regione con il maggior ricorso al privato, con valori relativamente simili in Lazio, Lombardia e Sicilia; Veneto, Emilia Romagna, Marche e Liguria sono, invece, fra quelle con la maggiore quota di copertura pubblica.

6. 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 (l'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 quelli relativi 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 trascurabili.

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 susseguitesi 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 stato 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% 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.

7. Bibliografia

- ASviS, (2018), Rapporto 2018
- Bloomberg, (2018), *Health Care Efficiency*
- Cittadinanzattiva, (2018), XXI Rapporto PiT Salute
- C.R.E.A. Sanità, (2018), XIV Rapporto Sanità: “Misunderstandings”, Roma
- GIMBE, (2018), 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, Bologna
- Health Consumer Powerhouse, EuroHealth Consumer Index, 2017
- It, Censis, Risc e Ispe, (2017), *Curiamo la corruzione, percezione rischi e sprechi in Sanità*, Roma
- Ministero della Salute, PNGLA, 2010
- Ministero della Salute, (vari anni), Annuario statistico
- Ministero della Salute, (vari anni), Annuario statistico personale
- Ministero della Salute, (vari anni), Conti Economici delle Aziende Sanitarie.
- Numbeo, (2018), Health Care Index for country 2018, www.numbeo.com
- OMS-WHO Regional Office for Europe, (2018), European Health Report 2018: More than Numbers – evidence for all
- OECD Health statistics, (2018) www.oecd.org/elsd/health-systems/health-data.htm
- RBM-Salute Censis, (2018), VIII Rapporto sulla Sanità Pubblica Privata e Intermediata

8. Allegati

8.1. Metodologia

L'indagine è stata condotta in quattro Regioni del Nord, del Centro e del Sud del Paese: Liguria, Emilia Romagna, Marche, Sicilia.

La selezione è stata effettuata sulla base di differenti considerazioni: in primis, sulle dimensioni della popolazione delle Regioni stesse, e poi sulla loro collocazione geografica.

I dati raccolti riguardano complessivamente 326 strutture sanitarie (195 private e 131 pubbliche). In sintesi, sono state rilevate 74 unità in Liguria, 87 in Emilia Romagna, 77 nelle Marche e 88 in Sicilia. Le province interessate all'indagine sono state in tutto 24 (4 in Liguria, 7 in Emilia Romagna, 5 nelle Marche e 8 in Sicilia).

Le 11 prestazioni sanitarie prese in considerazione sono state le medesime della precedente indagine e comprendono sia le visite specialistiche (visita oculistica ed ortopedica) che una serie di analisi di diagnostica (Rx articolare, Spirometria, Ecocardiografia, Ecodoppler venoso arti inferiori, Ecotiroide, Colonscopia, Gastrosocopia, Elettromiografia, Coronografia).

I dati raccolti si riferiscono a prestazioni richieste in regime "normale", ovvero non erogate in urgenza.

Il questionario predisposto per l'effettuazione dell'indagine è di tipo strutturato e prevede sia l'indicazione di valori numerici che domande chiuse con batterie di item predefiniti.

In particolare, il questionario comprende:

- una matrice, valida sia per le strutture pubbliche che per quelle private, finalizzata a raccogliere i 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, nonché i relativi costi, fatta eccezione per quelli relativi al ticket.
- alcuni dati sulle specializzazioni presenti nella struttura

- dati sul totale degli operatori presenti in ciascuna delle unità rilevate (personale medico, paramedici e amministrativi);
- ed, infine, nell'ultima parte della scheda, natura e tipologia delle strutture oggetto di indagine, ivi compreso nel caso delle unità appartenenti alla Sanità privata l'eventuale accreditamento con l'SSN.

I nominativi delle strutture contattate da Co.D.R.E.S. Srl nel corso dell'indagine sono stati acquisiti attraverso una ricerca via web sui siti specifici. In ognuna delle unità rilevate si è proceduto a consultare i responsabili delle strutture, oppure, in seconda battuta, 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).

L'intervento di *field* è stato realizzato da un *team* di intervistatori specializzati che sono stati preventivamente istruiti nel corso di *briefing* in cui sono state fornite una serie di informazioni su:

- finalità generali della ricerca
- modalità tramite cui contattare i responsabili delle strutture
- analisi delle domande che avrebbero potuto presentare le maggiori difficoltà.

Le difficoltà incontrate nel corso dello svolgimento della rilevazione attengono soprattutto ai rifiuti interposti dai soggetti interpellati e dal numero di contatti senza esito.

L'acquisizione su supporto informatico dei dati acquisiti durante la rilevazione ha permesso la costruzione di un data base contenente tutte le informazioni raccolte. L'elaborazione statistica dei risultati dell'indagine ha consentito di evidenziare i valori totali di tutte le variabili analizzate. Si sono potuti in tal modo confrontare i valori medi relativi a costi e tempi di attesa per le prestazioni sanitarie con le variabili di natura descrittiva (strutture pubbliche o private, aree geografiche, tipologia delle unità rilevate).

I risultati e gli esiti finali dell'attività di rilevazione possono essere illustrati nel quadro di sintesi che segue.

Attività di rilevazione

	Liguria	Emilia Romagna	Marche	Umbria	Totale
Schede regolarmente compilate	74	87	77	88	326
Rifiuti	93	36	30	99	258
Tentativi non andati a buon fine	60	28	32	75	195
Totale	227	151	139	262	779

8.2. La struttura del campione

L'insieme delle unità consultate nel corso della rilevazione presenta la seguente configurazione per ciò che concerne le variabili strutturali di riferimento.

In relazione alla localizzazione territoriale su base regionale delle unità analizzate il campione comprende le seguenti unità:

Liguria	74
Emilia Romagna	87
Marche	77
Sicilia	88
Totale	326

Rispetto alla distribuzione urbana:

Capoluogo	139
Resto della provincia	187
Totale	326

Rispetto al comparto pubblico o privato di appartenenza:

Pubblico	131
Privato	195
Totale	326

Con riferimento alla distribuzione del totale delle unità analizzate secondo le caratteristiche tipologiche delle strutture:

Settore Pubblico	
Presidi ASL	43,5%
Aziende ospedaliere	52,7%
Aziende Osped. Universitarie	2,3%
IRCCS	1,5%
Totale	100,0%

Settore Privato	
Case di cura	19,5%
Laboratori di analisi	1,0%
Amb.ri/Centri Diagn.	79,5%
Altro	
Totale	100,0%

Rispetto alle strutture private la composizione tra unità convenzionate con l'SSN e non, è la seguente:

Convenzionate	41,0%
Non convenzionate	59,0%
Totale	100,0%

Casi e deviazione standard

Tempi di attesa (giorni) Strutture pubbliche regime SSN

Prestazioni	Medie	Dev. St	Casi
Visita oculistica	40,85	35,78	89
Visita ortopedica	43,56	46,52	99
Rx articolare	35,47	38,32	70
Spirometria	35,55	49,73	66
Ecocardiografia	58,69	65,07	58
Ecodoppler venoso arti inf.	66,5	64,34	66
Eco tiroide	60,78	72,38	78
Colonscopia	111,72	104,15	61
Gastroscofia	100,07	103,02	41
Elettromiografia	82,90	84,37	20
Coronarografia	23,33	8,16	6

Tempi di attesa (giorni) Strutture pubbliche regime intramoenia

Prestazioni	Medie	Dev. St	Casi
Visita oculistica	6,71	4,29	49
Visita ortopedica	7,57	7,78	65
Rx articolare	6,49	7,56	41
Spirometria	7,74	9,47	42
Ecocardiografia	6,23	5,29	44
Ecodoppler venoso arti inf	6,43	4,08	46
Eco tiroide	7,47	6,32	55
Colonscopia	10,75	7,35	51
Gastroscofia	12,79	12,47	33
Elettromiografia	19,95	39,7	20
Coronarografia	9,20	5,31	5

Costi (€)

Strutture pubbliche regime intramoenia

Prestazioni	Medie	Dev. St	Casi
Visita oculistica	96,23	33,25	47
Visita ortopedica	108,37	24,53	62
Rx articolare	65,35	39,98	43
Spirometria	51,84	23,26	43
Ecocardiografia	108,58	29,20	48
Ecodoppler venoso arti inf.	97,24	23,01	51
Eco tiroide	73,00	41,16	56
Colonscopia	257,71	102,39	51
Gastroscofia	206,72	87,77	32
Elettromiografia	116,32	42,55	19
Coronarografia	274,00	69,86	5

Tempi di attesa (giorni)

Strutture private accreditate

Prestazioni	Medie	Dev. St	Casi
Visita oculistica	41,67	30,69	15
Visita ortopedica	30,07	25,68	15
Rx articolare	21,97	24,30	35
Spirometria	23,17	18,24	6
Ecocardiografia	51,18	47,28	22
Ecodoppler venoso arti inf.	33,28	24,99	29
Eco tiroide	36,17	39,36	36
Colonscopia	78,90	55,57	10
Gastroscofia	43,00	31,89	11
Elettromiografia	29,57	27,92	7
Coronarografia			

Tempi di attesa (giorni) Strutture private regime solventi

Prestazioni	Medie	Dev. St	Casi
Visita oculistica	8,19	7,80	123
Visita ortopedica	6,30	4,35	143
Rx articolare	5,24	6,80	95
Spirometria	5,20	3,09	75
Ecocardiografia	6,13	7,97	142
Ecodoppler venoso arti inf	6,11	4,34	156
Eco tiroide	5,84	5,19	147
Colonscopia	10,67	9,57	36
Gastrosocopia	10,58	10,41	31
Elettromiografia	8,98	9,67	58
Coronarografia	6,80	4,44	5

Costi (€) Strutture private regime solventi

Prestazioni	Medie	Dev. St	Casi
Visita oculistica	100,5	27,49	124
Visita ortopedica	116,17	30,72	144
Rx articolare	58,17	25,48	96
Spirometria	58,88	29,98	76
Ecocardiografia	98,35	28,16	144
Ecodoppler venoso arti inf.	94,78	29,92	158
Eco tiroide	73,04	23,31	154
Colonscopia	262,18	140,91	38
Gastrosocopia	187,53	70,91	36
Elettromiografia	118,55	43,68	58
Coronarografia	1.370,00	640,86	3

Personale

Strutture pubbliche

Prestazioni	Medie	Dev. St	Casi
Medici	83,83	138,69	95
Altro pers. san.	127,03	285,26	94
Amministrativi	33,11	68,92	84
Totale	173,18	392,72	131

Strutture private

Prestazioni	Medie	Dev. St	Casi
Medici	32,47	30,51	162
Altro pers. san.	22,54	47,92	149
Amministrativi	7,26	10,14	163
Totale	50,27	69,22	195