



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M.FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA

PROVA FINALE

**"TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE E LIBERA
PROFESSIONE INTRAMURARIA: EFFETTI DI EFFICIENZA E DI
EQUITÀ"**

RELATORE:

CH.MO PROF. VINCENZO REBBA

LAUREANDO: MATTEO BRESSAN

MATRICOLA N. 1156320

ANNO ACCADEMICO 2018 – 2019

NOTA:

- 1. “Il candidato, sottoponendo il presente lavoro, dichiara, sotto la propria personale responsabilità, che il lavoro è originale e che non è stato già sottoposto, in tutto o in parte, dal candidato o da altri soggetti, in altre Università italiane o straniere ai fini del conseguimento di un titolo accademico. Il candidato dichiara altresì che tutti i materiali utilizzati ai fini della predisposizione dell’elaborato sono stati opportunamente citati nel testo e riportati nella sezione finale ‘Riferimenti bibliografici’ e che le eventuali citazioni testuali sono individuabili attraverso l’esplicito richiamo al documento originale”.**
- 2. L’elaborato, in conformità con il Regolamento di Ateneo, escludendo Allegati e Bibliografia, rispetta il limite massimo di 10.000 parole.**

ABSTRACT**CAPITOLO 1. TEMPI E LISTE D'ATTESA IN SANITA': UNA PANORAMICA
GENERALE**

1.1	I Tempi di attesa nel contesto di un Servizio Sanitario Nazionale.....	1
1.2	Misurare i tempi d'attesa	2
1.3	Tempi d'attesa: le politiche per il governo della domanda.....	3
1.4	Tempi d'attesa: le politiche dal lato dell'offerta.....	5
1.5	La regolazione dei tempi di attesa in Europa	7
1.6	Tempi d'attesa ed equità.....	8

**CAPITOLO 2. IL PROBLEMA DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI
SANITARIE IN ITALIA CON UN FOCUS SULLA REGIONE DEL
VENETO**

2.1	Inquadramento sintetico del SSN italiano.....	12
2.2	Le politiche per la regolazione dei tempi di attesa in Italia.....	12
2.3	Italia: dati e statistiche sui tempi d'attesa.....	14
2.4	Focus sulla regione del Veneto: statistiche recenti sui tempi di attesa.....	14

CAPITOLO 3. APPROFONDIMENTI: INTRAMOENIA E METODO RAO

3.1	La pratica dell'intramoenia in Italia	19
3.2	Intramoenia ed equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie	20
3.3	Il nuovo Piano Nazionale delle Liste D'attesa: il metodo RAO.....	21

CONCLUSIONI.....	23
-------------------------	-----------

ALLEGATI**BIBLIOGRAFIA**

ABSTRACT

L'esistenza di lunghi tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie è un fenomeno in costante monitoraggio da parte dei sistemi sanitari per i numerosi problemi di efficienza ed equità che esso comporta.

In molti casi, l'esistenza di lunghi tempi di attesa e la mancanza di criteri di prioritizzazione della domanda determinano una riduzione dell'equità dell'accesso ai livelli essenziali di assistenza sanitaria, discriminando soprattutto le persone in condizione socio-economiche più svantaggiate, oltre a ridurre gli standard di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita. Inoltre, la presenza di tempi di attesa per le prestazioni rientranti nella copertura pubblica dipende strettamente da come si configura l'interazione tra sistema sanitario pubblico e fornitori privati di prestazioni sanitarie (professionisti e strutture). Per questo motivo Paesi dell'OCSE, e anche l'Italia, hanno adottato negli ultimi anni strumenti per la gestione dell'interazione tra domanda e offerta sanitaria e per il governo dei tempi d'attesa. In particolare, la Regione del Veneto, alla quale viene dedicato un focus, sembra evidenziare risultati soddisfacenti nella "garanzia di tempo massimo" per le prestazioni traccianti individuate dalla normativa italiana per la regolazione delle liste di attesa.

Passando a considerare il caso italiano, l'introduzione della libera professione intramuraria (Intramoenia), ovvero della possibilità per i medici operanti nel pubblico di erogare prestazioni professionali private all'interno degli ospedali pubblici, a partire dal 2000 (a seguito del D-Lgs. 229/1999) appare un caso del tutto particolare nel panorama internazionale con un potenziale impatto negativo sull'equità nell'accesso. La pratica dell'Intramoenia è da sempre stata dibattuta per i dubbi effetti contrastanti con il principio universalistico del SSN riguardo l'accesso alle cure e tuttavia i dati confermano un trend crescente di utilizzo di tale pratica.

Il nuovo "Piano Nazionale delle Liste d'Attesa 2019-21" prevede il blocco dell'Intramoenia superata una certa soglia per i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e introduce il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) di prioritizzazione in tutto il territorio nazionale per contrastare il fenomeno dei tempi di attesa.

Keywords: Tempi e Liste d'attesa, Efficienza, Equità, Intramoenia, RAO

CAPITOLO 1

TEMPI E LISTE D'ATTESA IN SANITA': UNA PANORAMICA GENERALE

1.1 I Tempi di attesa nel contesto di un Servizio Sanitario Nazionale

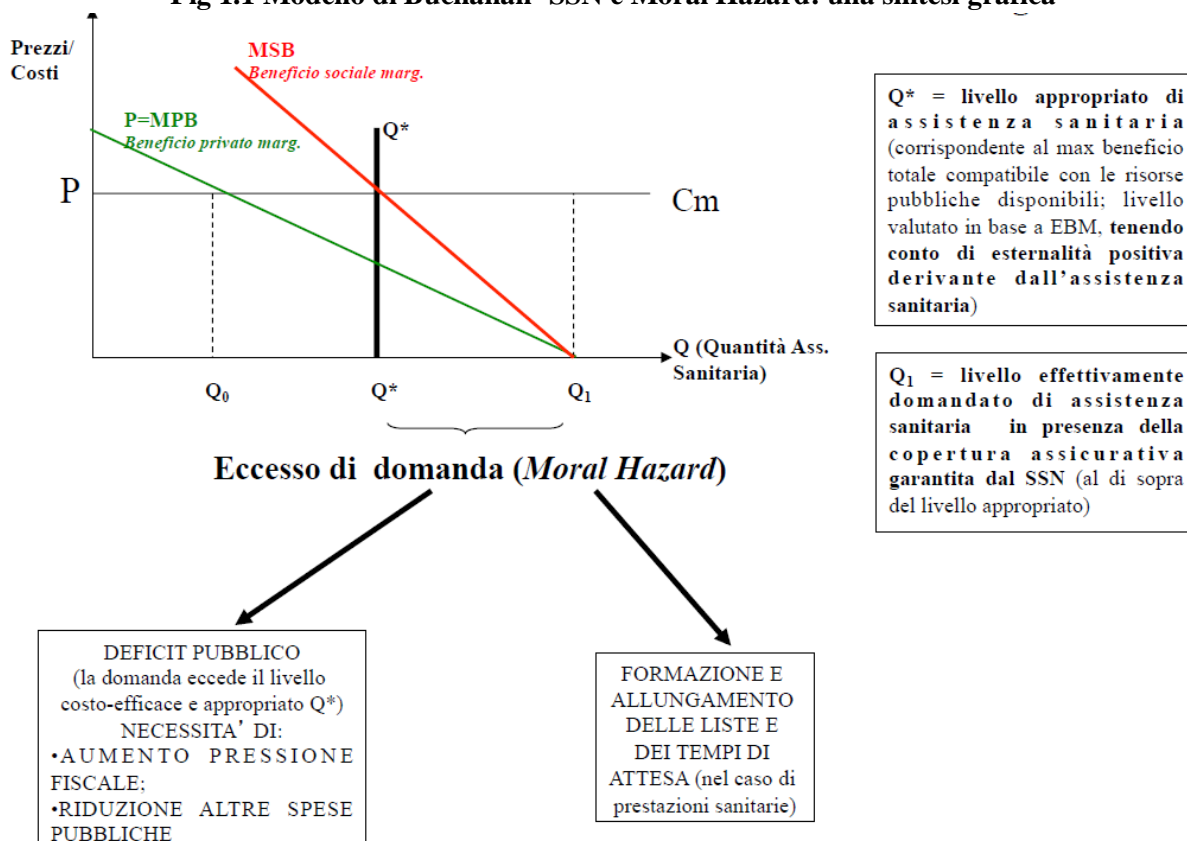
La salute è uno dei beni fondamentali di ogni individuo e per questo la domanda e offerta di Beni e Servizi Sanitari è da sempre ambito analizzato dagli Economisti e dai Policy maker; a maggior ragione in questo periodo, di apparente tentativo di uscita dalla crisi del 2008, l'attenzione verso il governo di Beni e Servizi Sanitari è di prim'ordine nelle politiche degli Stati, specialmente dove vige un sistema NHS (National Health Service).

Date queste premesse, non è possibile trattare dette tematiche senza introdurre i concetti di tempi d'attesa e liste d'attesa, spiegando anche perché essi si formano e l'influenza che hanno sul governo di domanda e offerta sanitaria. La prima fondamentale distinzione concettuale è che si definisce lista di attesa il numero di pazienti che sono in elenco per usufruire di una determinata prestazione mentre con il termine tempo di attesa si intende il periodo temporale che intercorre tra il momento in cui un paziente entra in lista d'attesa e il momento in cui riceve la prestazione. La seconda precisazione è che i due concetti sono correlati tra loro, ma hanno, dal punto di vista del paziente, un'importanza molto diversa; quest'ultimo infatti è interessato al periodo di aspettativa per la prestazione (tempo di attesa) e non a quanti soggetti sono in elenco (lista d'attesa). Ne emerge quindi che le politiche degli Stati si concentreranno sulla gestione dei tempi d'attesa e non sulle liste.

Perché vengono a crearsi questi tempi d'attesa?

James Buchanan, premio Nobel per l'Economia nel 1986, durante i suoi studi esaminò quella che lui definì "incoerenza logica del NHS" e comprese che dal lato della domanda di beni e servizi, effettuata dai cittadini ed usufruita a costo zero in regime SSN, essi spingeranno il loro consumo fino a dove il beneficio marginale della prestazione si annulla, cioè alla quantità massima. D'altra parte l'offerta, la quale è finanziata dalle tasse di quegli stessi cittadini che compongono la domanda e regolamentata dai loro rappresentanti politici, è influenzata dal costo e dai paletti della finanza pubblica (Buchanan, 1965). Da questo si evince come in un sistema pubblico ci sarà sempre una discrepanza netta tra domanda, decisa tramite beneficio privato, e offerta decisa da vincoli pubblici con la logica conseguenza del prolungarsi dei tempi di attesa. La figura seguente (Vincenzo Rebba, Economia sanitaria 2017-2018, slide 39) illustra il Modello di Buchanan evidenziando appunto l'eccesso di domanda creato dalla discrepanza tra interessi privati e benessere pubblico e come questo comporti nel lungo periodo un inevitabile aumento del debito pubblico e dei tempi d'attesa sanitari.

Fig 1.1 Modello di Buchanan- SSN e Moral Hazard: una sintesi grafica



Fonte: Rebba V. (2018)

1.2 Misurare i tempi d'attesa

E' doveroso esplicitare in che modo i Tempi di Attesa vengono misurati per poter poi analizzare i dati che verranno esplicitati in seguito.

All'interno dei paesi OCSE le misurazioni del tempo di attesa avvengono in punti differenti del percorso del paziente ed è utile precisare le diverse modalità: (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013)

- Tempo di attesa del paziente (misurato dal momento in cui il paziente è inserito nella lista specialistica fino al trattamento)
- Tempo di attesa out-patient (misurato dalla richiesta di visita specialistica alla visita specialistica)
- Tempo di attesa Referral-to-treatment (misurata dalla richiesta del GP al trattamento)

Gli ultimi sviluppi portano a scegliere la modalità "Referral to treatment" perché i paesi sono interessati a monitorare l'intero percorso del paziente e a un'omogeneizzazione delle misure anche tra Paesi.

Le misure più utile e usate dagli specialisti sono fondamentalmente la media e la mediana (che sono influenzate però dalle code), i tempi di attesa a percentili superiori della mediana e i tempi

di attesa di pazienti che aspettano sopra un valore soglia (esempio sopra 3 mesi). I vari tempi sono poi riportati per procedure specifiche (es. protesi d'anca), per specialità (es. Ortopedia) o per tutti i pazienti elettivi (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013).

Infine le misure segnalate si possono riferire a due distribuzioni:

- Tempi di attesa di pazienti trattati in un determinato periodo (misura l'intera durata del percorso del paziente in una logica retrospettiva)
- Tempi di attesa di pazienti sulla lista in un momento specifico (permette valutazioni in prospettiva presente e futura).

1.3 Tempi d'attesa: le politiche per il governo della domanda

Il governo della domanda di beni e servizi sanitari non è semplicemente un banale controllo della spesa e dei costi della sanità; questo infatti andrebbe in qualche modo a sminuire i concetti che stanno dietro a tale strumento, come ad esempio la garanzia di efficienza, efficacia e appropriatezza delle cure con il quale si cerca di ottimizzare la scarsità delle risorse (Rebba, 2009, pg 222).

Per fare ciò, gli Stati adottano strumenti che possiamo dividere in due classi principali:

- Diretti, che agiscono sulla domanda autonoma del paziente
- Indiretti, che agiscono sulla domanda "guidata" dal professionista sanitario

Gli strumenti diretti sono principalmente:

1. Compartecipazioni alla spesa del paziente (es. Ticket)
2. Razionamento reale fissando quantità massime di prestazioni sanitarie garantite o Razionamento implicito mediante l'uso dei tempi d'attesa.
3. Educazione sanitaria della società per prevenire bisogni di salute.

Gli strumenti indiretti più usati sono invece:

1. Empowerment della medicina territoriale
2. Linee Guida e Percorsi diagnostici e terapeutici secondo Evidence Based Medicine (EBM)
3. Prioritarizzazione della domanda per la gestione delle liste d'attesa

Con riferimento a quest'ultimo strumento, da segnalare nell'ultimo periodo un costante sviluppo di modelli e applicazioni nei vari Stati, come in Italia l'uso dei Rao (Raggruppamenti d'attesa omogenei) di cui si accennerà nel terzo capitolo.

La società Italiana Qualità Assistenza Sanitaria, in collaborazione con il Dott. Mariotti G. ha elaborato un articolo che sintetizza in 10 raccomandazioni le modalità più idonee per la gestione di tempi e liste d'attesa (ALLEGATO A). Ciò che ne è emerso principalmente è che non si possa affrontare un modello di gestione di tempi e liste d'attesa slegato dai modelli di priorità di accesso alle prestazioni e in particolare alla necessità di intervento per gruppi omogenei di patologie e quadri clinici. Per fare ciò tuttavia è indispensabile un grande coordinamento partecipativo da parte dei clinici per stabilire procedure e modelli omogenei di prioritarizzazione clinica (Mariotti G. con la collaborazione del Consiglio Direttivo della Società Italiana Qualità Assistenza Sanitaria, 2009).

Particolare è inoltre il secondo strumento indiretto perché frequentemente viene collocato come soluzione al cosiddetto fenomeno dell'effetto SID (Supply Induced Demand). Spesso infatti gli strumenti di governo della domanda sono poco efficaci se l'offerta sanitaria non è aderente ad esso. La domanda del paziente difatti è mediata dal professionista sanitario; è il medico che traduce il bisogno, il sintomo in necessità di trattamento (ruolo di filtro del sistema). In diversi casi questa funzione non viene esercitata rispettando i criteri di appropriatezza ed efficacia; se si considera, ad esempio, un SSN in cui non vige nessuna compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, e nessun incentivo per cui il medico eserciti in maniera appropriata ed efficiente, è palese che l'utente chiederà la massima quantità di prestazioni sanitarie e il professionista quasi certamente lo accontenterà, sia per benevolenza e sia per ripararsi da qualsiasi possibile "noia legale". Il risultato conseguente finirà per danneggiare sia il paziente stesso, che consumerà prestazioni non sempre necessarie in termini di costi opportunità, sia gli altri utenti, i quali nel lungo periodo vedranno le imposte aumentare e allungarsi i tempi d'attesa (Rebba, 2009, pg 228).

Riguardo agli strumenti diretti invece, quello più usato è senz'altro la compartecipazione alla spesa del paziente che in Italia è realizzato mediante il Ticket sanitario. È molto efficace nella gestione della domanda, ma deve essere moderato in base alle esigenze della popolazione e dello Stato per evitare di creare iniquità o inefficacia nella società. Non essendo sempre in grado di agire solo sulla domanda inappropriata di beni e servizi, c'è infatti il rischio che vada a intaccare i reali bisogni sanitari che si trasformerebbero poi in maggiori costi e malessere per la collettività.

Lo studio "Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013" revisiona le politiche sui tempi d'attesa di 13 Stati e per quanto riguarda il lato della domanda si focalizza essenzialmente su due principali politiche:

1. L'assicurazione privata sanitaria
2. La prioritizzazione attraverso soglie cliniche

La prima politica fu sostenuta dal fatto che si pensava che un modo per diminuire i tempi d'attesa fosse quello di spostare la domanda in ospedali privati incoraggiando quindi l'assicurazione sanitaria privata e sfoltendo le liste pubbliche, tuttavia l'esito empirico della politica si è rivelato contrastante in quanto l'incentivazione all'assicurazione (es. esenzioni fiscali in Danimarca o sussidi statali alla copertura in Australia) e il conseguente aumento della componente privata in Sanità non ha contribuito a ridurre i tempi d'attesa; questo perché spesso le strutture private non sono attrezzate a prestazioni complesse o hanno franchigie ancora troppo alte nonostante gli incentivi statali. L'uso della sopracitata politica si è rivelato quindi fallimentare in tutte le sperimentazioni effettuate perché l'incoraggiamento all'assicurazione privata non si collega direttamente e necessariamente a una diminuzione dei tempi d'attesa, come i policy maker pensavano, ma deve essere ben strutturata e progettata tenendo conto di tutte le variabili del contesto di riferimento (complessità delle cure ed enti privati non attrezzati, interconnessioni tra libera professione e attività istituzionale dei professionisti, preferenze e cultura storica dei residenti, livello qualitativo dei due regimi, ecc...).

La seconda politica invece ha introdotto l'uso di classi di priorità cliniche in base alle quali il paziente potesse avere diritto o meno al finanziamento statale, col risultato di disincentivare la domanda inappropriata e diminuire così le liste d'attesa.

La ratio dello strumento tuttavia non era un mero governo dei tempi d'attesa, ma consisteva anche nell'aumentare la trasparenza del sistema di accesso alle cure individuando i pazienti che avrebbero goduto di maggiori benefici dalla prestazione e affidandogli la precedenza (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013). Spesso questa politica è stata affiancata alla Garanzia Massima dei tempi di attesa che vedremo nel prossimo paragrafo delle politiche dal lato dell'offerta.

1.4 Tempi d'attesa: le politiche dal lato dell'offerta

Uno strumento che è stato spesso analizzato e sperimentato dai Paesi è un tipo di programma, finanziato con obiettivi, finalizzato ad aumentare la capacità degli enti erogatori e di conseguenza ridurre i tempi di attesa. In Irlanda è stato istituito, per esempio nel 2002, il National Treatment Purchase Fund allo scopo di acquistare cure dal settore privato per diminuire le liste d'attesa; programma simile ha adottato la Spagna nel 2008 introducendo il Piano di Riduzione della lista di Attesa impegnando 650 milioni di dollari in investimenti informatici, attrezzature e trattamenti acquistati dai privati (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013). Questo approccio politico si pensava fosse il più efficace e per questo era

divenuto il più comune tra i paesi dell'OCSE, tuttavia i risultati di tali politiche sono stati fallimentari, come dimostra la revisione attuale e precedente dei tempi di attesa dell'OCSE (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013). Due sono i motivi principali di tale contesto:

- Spesso questi programmi che consistono in finanziamenti di breve periodo al fine di aumentare la capacità dell'offerta, riescono ad avere un beneficio iniziale apparente ma sul lungo periodo annullano i precedenti effetti;
- L'aumento dell'offerta da parte dello Stato porta un inevitabile aumento della domanda di servizi e beni sanitari.

Il secondo punto è tra i due il più importante; il paziente vede aumentare le proprie aspettative di cura, dato l'aumento dell'offerta ed è indotto così ad aumentare la propria domanda per accrescere la propria utilità. Da questo punto di vista è doveroso citare le politiche di HTA (Health Technology Assessment) sviluppate sempre di più dai policy maker per garantire un aumento dell'offerta che sia comunque efficiente, efficace e sostenibile.

Come già citato, analisi empiriche in diversi paesi OCSE hanno evidenziato la scarsità di risultato di suddette politiche, ma hanno anche suggerito che esse possano contribuire a ridurre i tempi d'attesa se collegate a incentivi ospedalieri e specialistici per migliorare la produttività: Una metodologia percorribile, da questo punto di vista, può consistere nel finanziare un aumento di offerta degli erogatori, ma condizionarla ad obiettivi quali la riduzione dei tempi d'attesa. In questo modo si costringe l'offerta ad affiancare alla gestione dei tempi d'attesa, politiche di governo della domanda (appropriatezza delle cure) limitando il probabile afflusso di richieste derivanti dall'aumento di quest'ultima (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013).

Su questa prospettiva si indirizzano i cosiddetti finanziamenti basati sulle attività (ABF), che spesso sono legati alla diagnosi (Diagnosis Resource Groups nel caso dei ricoveri ospedalieri). La caratteristica fondamentale di tale approccio è che ogni tariffa DRG si basa a priori su determinati costi standard di trattamento e quindi incentiva l'erogatore d'offerta ad aumentare il volume di attività e soprattutto a essere più efficiente possibile così da guadagnare la differenza tra risorse erogate in base alla tariffa DRG e risorse effettivamente utilizzate. Per contro è da segnalare che questa politica dovrebbe essere correlata anche ad un aumento della capacità dell'offerta in quanto se essa dovesse essere vincolata, l'effettivo beneficio degli ABF sui tempi d'attesa sarebbe comunque limitato.

L'uso delle tariffe DRG ha influito pesantemente anche per le politiche di "libera scelta" del paziente secondo cui in base al tempo d'attesa esso può decidere dove farsi curare. Così facendo

gli ospedali sono ora incentivati a trattenere i propri pazienti e a ridurre possibili fughe che andrebbero a diminuire i finanziamenti statali secondo la regola che “il denaro segue il paziente”. In questo modo lo Stato ha tutto da guadagnare nell’incentivare la “libera scelta” del paziente che porterebbe a una concorrenza tra erogatori sanitari con l’inevitabile conseguenza di aumento di efficienza ed efficacia dell’offerta.

1.5 La regolazione dei tempi di attesa in Europa

Un’ ulteriore politica dei Paesi OCSE per ridurre i tempi di attesa è stabilire una garanzia massima di tempo di attesa, cioè un limite di tempo entro cui l’erogatore deve necessariamente effettuare la prestazione; nella maggior parte dei casi, questo strumento è stato affiancato a obiettivi per ospedali e fornitori di cure (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013). Questa politica nasce dal fatto che è stato riconosciuto che a nessun paziente dovrebbe essere effettuata una prestazione fuori tempo massimo, sorge cioè una specie di diritto in capo al paziente ed è così dovere dello Stato soddisfare tale diritto.

Ma, concretamente, come avviene tutto ciò? La questione cruciale riguarda il modo in cui la garanzia viene applicata nella realtà, ossia se per garantire la prestazione entro tempo massimo si utilizzino processi amministrativi attivi o, ad esempio, si consenta all’utente di usufruire di erogatori alternativi, compresi quelli privati (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013).

La Svezia nel 1992 fu uno dei primi paesi Ocse a sperimentare tale politica garantendo al paziente un massimo di 3 mesi di attesa, dopodiché esso poteva scegliere un qualunque altro ospedale a spese dello Stato il quale aveva stanziato un finanziamento per questo programma. I risultati sono stati positivi fin quando non si esaurirono i fondi e, da quel momento in poi, i tempi d’attesa sono nuovamente aumentati. Per questo motivo nel 2009 si è introdotto un finanziamento legato esclusivamente alla soddisfazione della garanzia: solo gli ospedali che rispettavano le garanzie avrebbero potuto accedere al finanziamento. Analogamente la Finlandia ha introdotto delle sanzioni per quegli ospedali che non garantivano la garanzia massima del tempo di attesa. In questi casi i tempi d’attesa sono diminuiti sensibilmente anche nel lungo periodo. In Inghilterra addirittura gli amministratori Senior arrivavano a perdere il posto di lavoro se non raggiungevano gli obiettivi prefissati (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013).

Nonostante i primi risultati positivi di queste politiche per i tempi d’attesa, è emerso però anche un dato negativo riguardo la prioritizzazione: spesso gli ospedali, per paura di oltrepassare il limite garanzia, assistevano pazienti prossimi alla scadenza invece di paziente più gravi e bisognosi. E’ per questo motivo, ad esempio, che la Norvegia ha introdotto una garanzia

“individualizzata” in cui ai pazienti viene stabilita un’attesa determinata su criteri di gravità, efficacia e costo ma con scarsi risultati.

In sintesi, quando i Paesi hanno affiancato le garanzie massime dei tempi d’attesa a rilevanti sanzioni in caso di non riuscita del rispetto di tali tempistiche, i risultati rispetto alla diminuzione dell’attesa sono stati incoraggianti. D’altra parte però, i dati empirici hanno rilevato che tali politiche potessero incoraggiare un’errata prioritarizzazione del bisogno legato al paziente, in modo da lasciare un tempo d’attesa più lungo per soddisfare la richiesta e non essere sanzionati. Alcuni Paesi hanno quindi cercato di condizionare le garanzie in base al bisogno clinico, ma i risultati di tali sperimentazioni non sono stati molto soddisfacenti, sia perché non collegati a sanzioni e sia perché tali sanzioni non sono semplici da attuare se si utilizza una tempistica di tipo “individualizzato”. Il management by objectives legato a sanzioni sembra comunque essere uno strumento efficace nella gestione delle attese, ma risulta impopolare agli occhi del professionista sanitario e ciò può pregiudicare il successo della politica nel lungo periodo (Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran, 2013).

Combinando i concetti di garanzia di tempo d’attesa e libera scelta l’Unione Europea ha emanato nel Marzo 2011 la direttiva 24/2011 sui diritti dei pazienti nell’assistenza sanitaria transfrontaliera la quale è finalizzata a impedire ostacoli alle cure extra-statali da parte di un paziente.

Lo Stato può chiedere un’autorizzazione alla prestazione fuori Stato ma non può impedire la prestazione se essa è soggetta a “indebito ritardo” e quindi a una garanzia massima di tempo d’attesa non rispettata.

La ratio sottostante è una implicita riduzione dei tempi d’attesa negli Stati in difficoltà ma finora i dati empirici dimostrano una scarsa propensione del paziente al trattamento estero, ma con delle procedure chiare ed omogenee a livello comunitario e lo sviluppo di organizzazioni interstatali i benefici potenziali di riduzioni dei tempi d’attesa sembrano essere molteplici.

1.6 Tempi d’attesa ed equità

Argomento parallelo alla gestione dei tempi d’attesa è quello riguardante i possibili effetti che ne possano derivare.

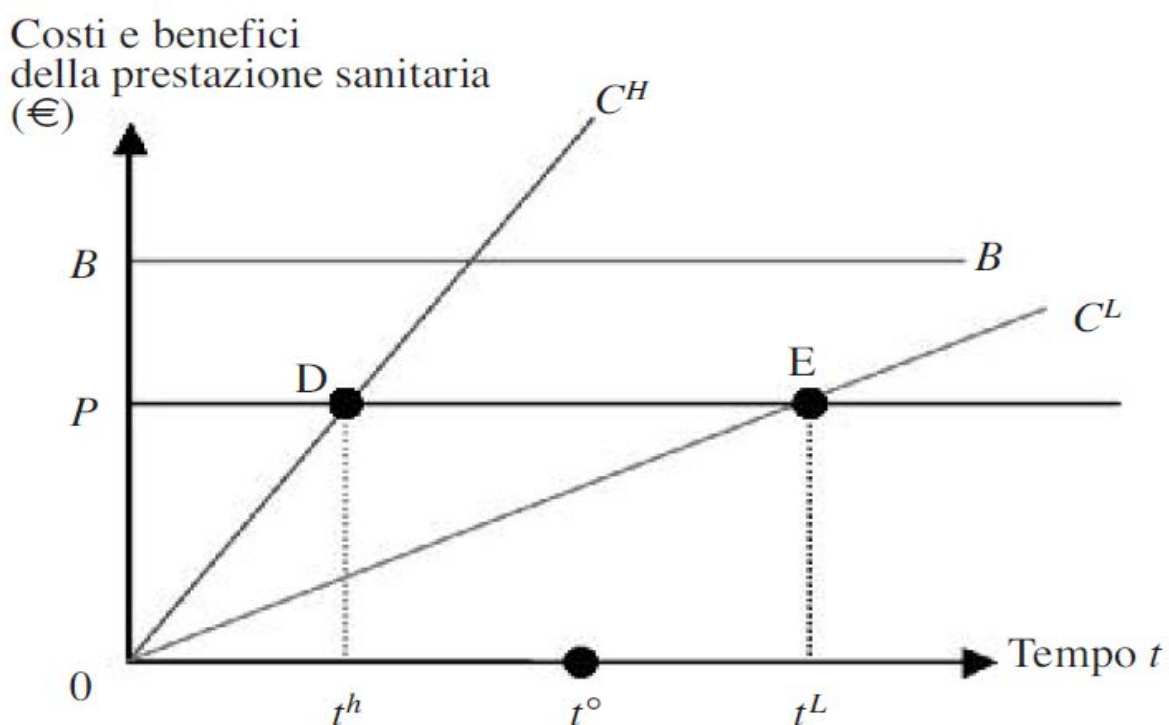
Come si è precedentemente riportato, il tempo d’attesa configura un razione implicito generato dall’eccesso di domanda; esso comporta:

- 1- Un costo opportunità del tempo
- 2- Una riduzione del beneficio di salute ottenibile dalla prestazione stessa (Rebba,2009, pg 235)

Per quanto riguarda il costo opportunità, esso comprende diversi elementi tra cui interruzione dell'attività lavorativa, studio o semplicemente hobby, costi legati all'accesso alla prestazione e costi di "ansietà" legati al prolungarsi del tempo e all'incertezza.

La letteratura economica riscontra che non sempre il costo opportunità sia collegato in maniera positiva col reddito sia per quanto riguarda i percettori di reddito che non (Acton,1975). Questo fa sì che si possano creare situazioni di iniquità all'interno del sistema in quanto le persone che hanno un costo opportunità alto sono costrette a ricorrere ad alternative al servizio pubblico come ad esempio l'assistenza privata e quindi paradossalmente persone con reddito maggiore, che non dipende dal tempo lavorato (Rentiers) potrebbero essere inclini ad aspettare per più tempo il servizio pubblico mentre persone più povere, il cui reddito dipende crucialmente dal tempo di lavoro (ad es. lavoratori autonomi a basso reddito) potrebbero trovarsi costretti a ricorrere al privato.

Fig 1.2: Il Costo Opportunità legato al tempo di attesa



Fonte: Rebba V. (2009, pg 236)

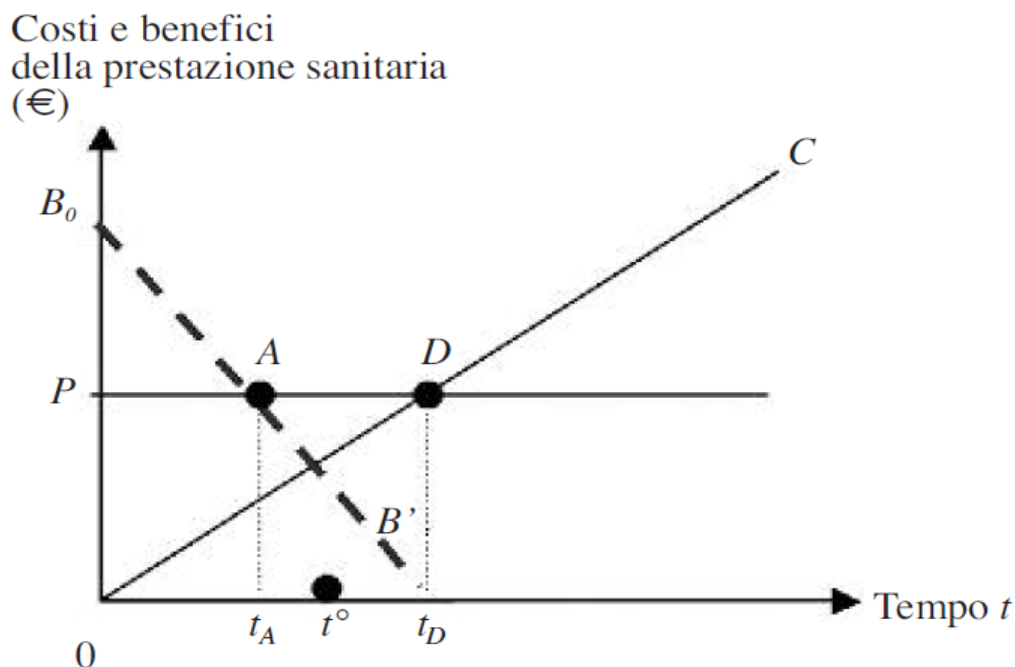
Nell'esempio della figura 1, la persona con elevato costo-opportunità del tempo (individuo H) sceglierà di usufruire del servizio pubblico e quindi di entrare in lista di attesa solo nel caso in cui la prestazione venisse erogata prima del tempo t^H , dove cioè il suo costo opportunità eguaglia il prezzo di essa in regime privato; se l'attesa superasse invece suddetta soglia, il costo opportunità del paziente sarebbe maggiore del costo privato e quindi diventerebbe sconveniente attendere in lista. La situazione inversa capiterebbe invece per l'individuo L, che avendo

maggior disponibilità ad attendere il regime pubblico, potrebbe decidere di rivolgersi privatamente solo nel caso in cui il tempo di attesa individuato fosse maggiore a t_L , oltre la quale il suo costo opportunità sarebbe maggiore del prezzo privato. Se identifichiamo con t° il tempo medio di attesa per una prestazione, l'individuo H sarebbe indotto a richiedere subito l'erogazione del servizio tramite privato mentre l'individuo L preferirebbe aspettare nel pubblico (Rebba, 2009, pg 236).

Come precedentemente detto, l'individuo H ha un costo opportunità maggiore ma non per questo è più ricco dell'individuo L (ad esempio H può essere un lavoratore che necessariamente ha bisogno di lavorare per pagare l'affitto) e cercherà probabilmente una prestazione privata generando iniquità e se per caso non potesse nemmeno permettersi tale prestazione ne risentirebbe anche l'efficienza sociale dato che nel lungo periodo genererebbe maggior costi sanitari per l'aggravamento della sua situazione di salute.

Passando ora al secondo punto che tratta la riduzione dei benefici della prestazione dovuta all'attesa rilevante è il caso in cui essa provochi effetti assai pesanti sulla salute come possono essere le prestazioni diagnostiche, d'emergenza o trattamenti tempestivi post diagnosi.

Fig. 1.3: Costi Opportunità crescenti e Benefici Sanitari decrescenti determinati dal tempo di attesa



Fonte: Rebba V. (2009, pg 237)

Assumendo ancora un tempo medio di erogazione t^o , se si considerasse solo il costo-opportunità del tempo, il paziente sceglierebbe la via pubblica se il tempo d'attesa riferitogli fosse nel peggiore dei casi tD . Tuttavia in questo caso i benefici della prestazione sono decrescenti rispetto al tempo e attendere il tempo tD significherebbe per l'individuo non ricevere nessun beneficio dalla prestazione. È così che viene indotto ad acquistare la prestazione privata nei casi in cui l'attesa pubblica fosse maggiore del punto in cui il prezzo privato uguaglia il beneficio marginale (punto A). E' evidente come ciò avvenga quando le prestazioni sono urgenti o comunque quando i benefici marginali decrescono rapidamente (Rebba, 2009, pg 237).

Anche in questo caso tuttavia, se le persone in questione non hanno i mezzi per acquistare la prestazione privata, ne scaturirebbe un danno in termini di equità ed efficienza allocativa nel Sistema pubblico.

L'uso del ticket, assieme ad altre politiche, possono orientare la domanda verso il privato per quelle persone che realmente hanno le possibilità economiche per l'acquisto dell'assistenza ma affinché ciò si possa realizzare, è necessario che siano contemporaneamente verificate tre condizioni essenziali:

- i) processi produttivi erogati da enti pubblici e privati rispettanti i criteri di efficienza, efficacia ed appropriatezza;
- ii) separazione totale e assenza di complementarità tra i suddetti processi di produzione nel regime pubblico e privato come ,ad esempio, nei casi di libera professione Intramuraria, dove private e pubblico si intrecciano;
- iii) un livello qualitativo uniforme ed omogeneo tra prestazioni pubbliche e prestazioni private . (Rebba,2009, pg 238)

CAPITOLO 2

IL PROBLEMA DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE IN ITALIA CON UN FOCUS SULLA REGIONE DEL VENETO

2.1 Inquadramento sintetico del SSN italiano

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano venne istituito nel 1978 con la legge 833/1978 e, seguendo la tassonomia che considera il tipo di finanziamento e l'erogazione del servizio, può essere classificato come "Beveridge Model", il quale si distingue essenzialmente per tre caratteristiche:

1. Assicurazione universale unica finanziata da tasse e imposte statali;
2. Servizi erogatori pubblici
3. Cure gratuite, temperate da forme di compartecipazioni, filtro MMG, tempi d'attesa e altri strumenti di razionamento. (Rebba, Health Economics 2018, lection 8, slide 8).

Un'ulteriore caratteristica importante del SSN italiano è che esso si configura come un sistema decentralizzato, dove il governo decide quelli che sono i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ma spetta poi alle Regioni l'organizzazione del servizio di erogazione per soddisfare tali bisogni.

Questo fa sì che nella realtà ci siano diversi contesti di offerta sanitaria in Italia con Regioni più efficienti ed efficaci ed altre meno.

Alcuni dati riguardanti l'offerta: nel 2016 l'Italia contava 3.2 posti letto per 1000 abitanti, di cui 2.6 riguardavano ospedali per acuti.

Il rapporto "Health at Glance Europe, 2018" evidenzia, inoltre, come nel 2016, in Italia ci siano 4 medici per 1000 abitanti, a fronte di una media OCSE del 3.4 per 1000 abitanti. Gli abitanti sono liberi di scegliere il proprio Medico di Medicina Generale (MMG), che svolge un ruolo di filtro nella scelta seguente di strutture o specialisti più idonei al caso del paziente, anche se la decisione finale spetta sempre a quest'ultimo. L'ultimo dato del medesimo rapporto riporta la presenza di 0.68 MMG per 1000 abitanti, dato che rappresenta il 18% del totale dei medici e che si colloca ampiamente sotto la media europea del 25%.

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, dopo il 1992, si finanzia attraverso la cosiddetta "quota capitaria", cioè ogni ASL viene finanziata, in primis, per il numero di residenti a cui deve offrire il servizio; la quota è ponderata rispetto ad altre variabili come l'età o i bisogni. In secondo momento le tariffe DRG sono usate come metodo di finanziamento per quello che riguarda l'eventuale mobilità e i rapporti con i privati accreditati o Aziende Ospedaliere. La singola Regione ha la facoltà di decidere eventuali limiti di spesa differenti o altre regole specifiche. La spesa sanitaria riconducibile al SSN è del 6.6% del PIL nel 2016-2017 mentre la spesa sanitaria totale, comprendente quindi pubblico e privato, arriva all' 8.9% PIL contro una media OCSE dell'8.8%.

2.2 Le politiche per la regolazione dei tempi di attesa in Italia

Le politiche passate in Italia per il governo e la gestione dei tempi d'attesa si possono ricondurre essenzialmente a due tipi: quelle che agiscono direttamente sul problema e quelle che lo influenzano indirettamente (Fattore, Mariotti, Rebba, OECD, 2013).

Nelle politiche dirette si può far configurare "l'Accordo Stato-Regione" del 2002, il quale introduce linee guida specifiche e obiettivi per il rispetto dei tempi d'attesa mediante principi

di adeguatezza EBM (Evidence Based Medicine) e prioritizzazione per mezzo di criteri clinici, tuttavia il mancato rispetto non comportava sanzioni particolari per gli erogatori. Negli anni successivi l'Agencia Nazionale per i Servizi Regionali (AGENAS) ha coordinato delle raccomandazioni per omogeneizzare in tutte le Regioni la gestione dei tempi d'attesa, quali per esempio un monitoraggio sistematico di essi, l'implementazione delle priorità cliniche, il divieto di negare l'accesso a una lista d'attesa e il monitoraggio dei percorsi clinici. Un importante passo è stato compiuto nel 2006 con l'emanazione da parte del governo del Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi d'Attesa, recepito poi con individuali Piani Regionali, in cui le principali direttive riguardavano il monitoraggio di prestazioni ambulatoriali critiche (es. oncologiche, cardiovascolari, geriatriche e ostetriche/ginecologiche), la richiesta di centri di prenotazione unificati (CUP), la creazione di un nuovo sistema di controllo con raccolta trimestrale dei tempi, l'appropriatezza dei trattamenti e la trasparenza delle Regioni ai cittadini su tali informazioni.

Le politiche indirette possono essere raggruppate in compartecipazioni (ticket), pratica privata dell'intramoenia, ovvero la libera professione esercitata dai medici del SSN al di fuori del normale orario di servizio e usufruendo delle strutture pubbliche in cui operano, (che sarà oggetto di approfondimento nel 3 capitolo) e incentivi per assicurazioni private complementari. Per quanto riguarda il ticket sanitario, i pazienti ambulatoriali sono tenuti al pagamento che va da 36.15 euro a 70 euro (cifre che aumentano anno dopo anno e variano in base alla classe di priorità) anche se sono previste esenzioni per reddito o patologie croniche.

In Italia, l'assicurazione privata volontaria finanzia solo il 14% della spesa sanitaria privata e circa il 15% degli italiani ne possiede almeno una (Fattore, Mariotti, Rebba, OECD, 2013).

Dal 1999 il governo ha incentivato questi fondi assicurativi con agevolazioni fiscali per provare a ricondurre la domanda di beni sanitari verso il privato e alleggerire il carico pubblico, ma questo ha comportato discussioni sul lato dell'equità, visto che andava a favorire quella fetta di popolazione benestante che può permettersi un'assicurazione privata comunque non precludendosi il pubblico e inoltre le particolari caratteristiche delle assicurazioni private sanitarie italiane portano a non garantire un'efficacia di suddetta politica nella riduzione dei tempi d'attesa (Fattore, Mariotti, Rebba, OECD, 2013).

Attualmente le linee d'azione per la gestione dei tempi d'attesa sono sulla falsa riga delle precedenti con un ulteriore irrigidimento riguardante il monitoraggio di prestazioni ambulatoriali non urgenti, ma che comportano una certa criticità nella gestione, definite traccianti, per cui ogni Regione deve fornire trimestralmente dati pubblici nella garanzia dei massimi tempi d'attesa previsti e classificarli in base a quattro livelli di priorità (10, 30, 90 e 120 giorni); gestire con percorsi diagnostici terapeutici tali aree critiche, la creazione di CUP unificati tra pubblico e privato convenzionato e nuovi sistemi di monitoraggio specifici nelle differenti attese del paziente.

Le Regioni hanno recepito il Piano Nazionale delle Liste d'Attesa, ma hanno affrontato la gestione in maniera non omogenea, ad esempio per quanto riguarda le classi di priorità o per il fatto che certe Regioni applicano sanzioni al mancato rispetto dei tempi massimi d'attesa mentre altre no (verso l'azienda erogatrice e i loro Direttori Generali o i pazienti che non disdicono la prenotazione per assenza). Ciò che ne è emerso è un diverso risultato in termini di contenimento dei tempi d'attesa, a volte anche grossolano, tra Regioni.

Doveroso citare tra le politiche innovative lo sviluppo del metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per la prioritizzazione delle procedure ambulatoriali introdotti da Giuliano Mariotti in Trentino Alto Adige e che il nuovo Piano Nazionale delle Liste d'Attesa 2019-2021

ha incluso per estenderlo a tutto il territorio nazionale; un approfondimento su tale modello sarà affrontato nel capitolo 3.

2.3 Italia: dati e statistiche sui tempi d'attesa

Per avere una sintesi complessiva sui tempi d'attesa, la ricerca più recente a cui affidarsi è la ricerca "C.R.E.A. Sanità" effettuata nel 2017, la quale rileva dati sui tempi e spesa sostenuta per accedere al servizio per determinate prestazioni ambulatoriali in quattro regioni d'Italia rappresentative del suolo nazionale: Lombardia, Veneto, Lazio e Campania.

I dati presi congiuntamente sono stati usati come indicatore della media nazionale e suddivisi in base al regime: Pubblico, Intramoenia, privato convenzionato o privato.

I dati, riportati in ALLEGATO B, evidenziano essenzialmente un prolungarsi dei tempi d'attesa rispetto a precedenti studi statistici, soprattutto per quel che riguarda le strutture pubbliche, dove per esempio si può aspettare fino a 23 giorni per effettuare un RX articolare e fino a 96 giorni per una colonscopia.

Le visite oculistiche e quelle ortopediche passano rispettivamente da 61 giorni nel 2014 a 88 nel 2017 e da 36 a 56, un aumento del 44% e 55%, che quindi non può essere trascurato.

Per quanto riguarda l'Intramoenia, i dati invece mostrano un trend crescente, anche se ridotto, ad esempio da 5 a 7 giorni per una visita oculistica, da 5 a 6 per quella ortopedica e da 6 a 7 per una colonscopia.

Nel regime privato accreditato e privato invece i dati non mostrano un indicativo scostamento rispetto agli studi precedenti.

Aldilà del regime di offerta, le prestazioni più "critiche", che quindi saranno in seguito oggetto di approfondimento nella rilevazione attuale in Veneto, sono: visita oculistica e ortopedica, colonscopia, gastroscopia, ecocardiogramma ed ecodoppler venoso arti inferiori.

Un dato significativo riguarda la spesa media sostenuta dal paziente, rilevata solo per l'Intramoenia e il Privato, che ha fatto emergere quanto essa sia consistente, ma in molti casi non si discosta di molto dai ticket sanitari del regime pubblico e privato accreditato ed in alcuni risulta addirittura inferiore; dato che dovrebbe porre la riflessione se effettivamente oggi il nostro SSN garantisce ancora quel principio di equità che fu caposaldo nella sua creazione, tuttavia anche questo argomento sarà riproposto nel 3 capitolo.

2.4 Focus sulla regione del Veneto: statistiche recenti sui tempi di attesa

La ricerca C.R.E.A. Sanità. 2017, come già citato, riporta i dati sui tempi d'attesa del Veneto e inoltre li contestualizza analizzando quella che è l'offerta della regione in base a tre indicatori: il Personale, i Posti Letto e la Spesa media pro-capite in convenzione.

Per ciò che concerne il Personale (rapportato alla popolazione residente), il Veneto ha in media 13.1 unità per 1000 residenti a fronte delle 11.8 unità nazionali. Possiede invece 0.26 Letti Accreditati per 1000 abitanti rispetto allo 0.75 nazionale; i primi due indicatori evidenziano come il Veneto abbia il primato di "regime pubblico" in Italia. L'ultimo indicatore è anch'esso correlato a questa concezione in quanto il Veneto ha una spesa pro-capite in convenzione di 286,94 euro a fronte dei 300,12 nazionali e un trend decrescente dal 2010.

Tornando ai tempi d'attesa, lo studio del C.R.E.A. illustra e confronta quindi i giorni d'attesa per le prestazioni prese in esame, riportati in ALLEGATO C quelli riferiti al regime SSN, da cui si comprende come il Veneto sia una regione comunque di riferimento nella gestione di suddetto problema. In ALLEGATO D si illustrano invece il confronto tra regimi nella singola regione e si può analizzare come il privato convenzionato in sostanza segua i tempi d'attesa del

Pubblico mentre l'Intramoenia quello del privato ma soprattutto è evidente la disparità di attesa tra le due linee di regimi che è assai ampia.

Riprodotti sinteticamente i dati della ricerca C.R.E.A. 2017, ora si andranno a riportare l'analisi di sei prestazioni delle branche "critiche" già precedentemente illustrate (prima visita oculistica e ortopedica, colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, ecodopplergrafia cardiaca ed ecodoppler arterioso o venoso arti inferiori) delle Aziende Pubbliche e Private Accreditate presenti nel Veneto per osservare l'andamento odierno rispetto al 2017.

I dati sono estrapolati dal "Portale Sanità del Veneto" dove tutti gli enti operanti devono effettuare aggiornamenti e inviare dati alla Regione mensilmente riguardo i tempi d'attesa delle prestazioni traccianti. L'analisi che seguirà, in rispetto alla normativa, si riferisce alle richieste dei soli residenti di ogni AUSSL e per quelle prestazioni accettate dai richiedenti alla prima data disponibile nel primo trimestre 2019.

È doveroso riferire che le tabelle seguenti mostrano "solamente" i tempi d'attesa e le relative considerazioni effettuate non tengono conto dei vari contesti che possono avere indotto tali tempistiche o eventuali ritardi che quindi potrebbero essere giustificabili.

Per quanto riguarda la "**Prima visita oculistica**" i tempi d'attesa sono riportati in Tab 2.1:

TABELLA 2.1: Tempi Medi di Attesa per Prima Visita Oculistica

ENTE	CLASSE B (10 GG)	CLASSE D (30 GG)	CLASSE P (90GG)
Veneto (media)	5	19	45
501. Dolomiti	5	16	50
502. Marca Trevigiana	4	13	38
503. Serenissima	5	16	42
504. Veneto Orientale	4	12	28
505. Polesana	7	19	29
506. Euganea	4	20	48
507. Pedemontana	4	42	82
508. Berica	6	21	54
509. Scaligera	6	20	46
901. AO Padova	3	11	22
912. AOUI Verona	9	23	66

Fonte: Portale Sanità del Veneto sui tempi d'attesa

<https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/tempidattesa>

Come è possibile riscontrare nel complesso i tempi d'attesa risultano rispettati con la sola eccezione dell'Ente Pedemontana che supera la soglia nella classe D. La media del Veneto è all'incirca la metà del valore soglia in ogni classe e questo è segno di una rapida ed efficace risposta al problema.

Passando ora alla “**Prima visita ortopedica**” i dati che emergono sono riportati in Tab. 2.2:

TABELLA 2.2: Tempi Medi di Attesa per Prima Visita Ortopedica

ENTE	CLASSE B (10 GG)	CLASSE D (30 GG)	CLASSE P (90GG)
Veneto (media)	6	26	42
501. Dolomiti	6	19	16
502. Marca Trevigiana	4	18	32
503. Serenissima	5	15	20
504. Veneto Orientale	3	8	8
505. Polesana	8	19	23
506. Euganea	7	16	29
507. Pedemontana	5	87	131
508. Berica	5	18	30
509. Scaligera	8	30	49
901. AO Padova	7	18	46
912. AOUI Verona	11	27	42

Fonte: Portale Sanità del Veneto sui tempi d’attesa

<https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/tempidattesa>

Il territorio dell’Ente Pedemontana riscontra anche qui serie difficoltà nella gestione della classe D e P con picchi di 116 giorni e 98 giorni rispettivamente a Febbraio e Marzo 2019, mentre l’A.O. Verona supera il valore soglia della classe B di ben 2 giorni, che, vista la gravità della priorità, potrebbe avere serie conseguenze per i pazienti.

I tempi d’ attesa per la prestazione “**Colonscopia con Endoscopio Flessibile**” sono:

TABELLA 2.3: Tempi Medi di Attesa per Colonscopia con Endoscopio Flessibile

ENTE	CLASSE B (10 GG)	CLASSE D (30 GG)	CLASSE P (90GG)
Veneto (media)	6	17	21
501. Dolomiti	6	18	44
502. Marca Trevigiana	6	13	12
503. Serenissima	7	26	21
504. Veneto Orientale	4	10	59
505. Polesana	7	14	30
506. Euganea	6	10	10
507. Pedemontana	6	19	33
508. Berica	6	13	22
509. Scaligera	6	19	42
901. AO Padova	3	2	12
912. AOUI Verona	7	21	15

Fonte: Portale Sanità del Veneto sui tempi d’attesa

<https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/tempidattesa>

Per questa prestazione non si notano scostamenti dai limiti regionali, anzi la media veneta è anche qui circa la metà delle soglie, sintomo di accurata gestione delle tempistiche.

La prossima tabella 2.4 si riferisce invece all' "Ecodoppler cardiaco":

TABELLA 2.4: Tempi Medi di Attesa per Ecodoppler cardiaco

ENTE	CLASSE B (10 GG)	CLASSE D (30 GG)	CLASSE P (90GG)
Veneto (media)	7	19	23
501. Dolomiti	2	21	48
502. Marca Trevigiana	0	8	4
503. Serenissima	68	45	44
504. Veneto Orientale	9	12	8
505. Polesana	0	0	0
506. Euganea	3	3	2
507. Pedemontana	8	25	11
508. Berica	1	5	2
509. Scaligera	5	28	33
901. AO Padova	1	1	2
912. AOUI Verona	2	5	5

Fonte: Portale Sanità del Veneto sui tempi d'attesa

<https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/tempidattesa>

Data l'importanza della branca cardiologica sono assai preoccupanti i superamenti di soglia dell'Ente Serenissima, che sfora di ben 58 giorni per la classe B e 15 giorni per la classe D, con probabili ripercussioni sulla salute dei residenti.

"L' ecodoppler venoso o arterioso agli arti inferiori" rileva i tempi mostrati in Tab. 2.5:

TABELLA 2.5: Tempi Medi di Attesa per Ecodoppler venoso o arterioso agli arti inferiori

ENTE	CLASSE B (10 GG)	CLASSE D (30 GG)	CLASSE P (90GG)
Veneto (media)	5	16	25
501. Dolomiti	4	14	38
502. Marca Trevigiana	4	11	21
503. Serenissima	5	10	20
504. Veneto Orientale	4	9	9
505. Polesana	6	16	18
506. Euganea	6	18	29
507. Pedemontana	4	5	9
508. Berica	6	19	44
509. Scaligera	5	24	34
901. AO Padova	0	2	7
912. AOUI Verona	6	22	44

Fonte: Portale Sanità del Veneto sui tempi d'attesa

<https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/tempidattesa>

Anche la gestione di questa prestazione risulta efficace in tutto il territorio Regionale con la media veneta che si accosta a metà dei valori soglia.

L'ultima prestazione che prendiamo in esame è "l'EGD (EsofagoGastroDuodenoscopia)" che riporta i seguenti dati evidenziati in Tab. 2.6:

TABELLA 2.6: Tempi Medi di Attesa per EGD (EsofagoGastroDuodenoscopia)

ENTE	CLASSE B (10 GG)	CLASSE D (30 GG)	CLASSE P (90GG)
Veneto (media)	5	14	27
501. Dolomiti	4	16	31
502. Marca Trevigiana	5	8	18
503. Serenissima	5	16	29
504. Veneto Orientale	5	14	28
505. Polesana	5	9	21
506. Euganea	5	21	20
507. Pedemontana	5	24	24
508. Berica	6	16	48
509. Scaligera	6	12	38
901. AO Padova	5	13	49
912. AOUI Verona	4	15	37

Fonte: Portale Sanità del Veneto sui tempi d'attesa

<https://salute.regione.veneto.it/info/informazioni/tempidattesa>

La media veneta per l'EGD è addirittura meno della metà dei limiti soglia posti dalla Regione e rimarca anche qui l'ottimale governo, di tale procedura, dei tempi d'attesa in tutto il territorio regionale.

Nel complesso questa sintetica analisi del territorio del Veneto dimostra una buona gestione dei tempi d'attesa che, nonostante qualche eccezione la quale comunque deve essere nel minor tempo possibile eliminata, si conferma come una delle Regioni "Gold Standard" del nostro Paese ed evidenzia che, con le giuste politiche nazionali ma soprattutto gli idonei recepimenti regionali, un buon governo delle tempistiche delle prestazioni sia possibile e soprattutto doveroso.

3 CAPITOLO

APPROFONDIMENTI: INTRAMOENIA E METODO RAO

3.1 La pratica dell'intramoenia in Italia

Con il termine Intramoenia, o Libera Professione Intramuraria, si definisce la possibilità del medico, che esercita in regime SSN, di operare al di fuori dell'orario di lavoro e nel rispetto dei volumi dichiarati dalla Legge nelle strutture ospedaliere a fronte di un corrispettivo da parte del paziente. Il medico dovrà poi emettere regolare fattura di cui riceverà una percentuale, mentre una sarà elargita alla Struttura Sanitaria ospitante.

Il fine ultimo sottostante la regolamentazione dell'Intramoenia era di creare un percorso di entrata per usufruire delle prestazioni (senza lista d'attesa o solo brevi e con uno standard più elevato in termini di comfort) per persone disposte a pagare privatamente ovvero 'out-of-pocket' (OOP)" (Domenighetti et al, 2010).

Questo si sperava potesse consentire una riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni pubbliche in quanto pazienti in lista nel regime SSN avrebbero potuto "spostarsi" nelle liste di Intramoenia riducendo i tempi d'attesa per le prestazioni del SSN. Tuttavia i dati non hanno supportato in seguito questa indicazione, difatti i medici avrebbero, paradossalmente, tutto l'interesse a privilegiare la via privata in quanto più redditizia per loro; nel 2010, per esempio il reddito dei medici che usufruivano dell'Intramoenia figurava essere ben 2.73 volte il salario medio nazionale (OECD Health Data 2012).

La ricerca "C.R.E.A., 2017" riporta inoltre come i tempi d'attesa conducano quasi 7 milioni di pazienti a usufruire dell'intramoenia in un anno, ma ciò che colpisce è che nel 22.9% dei casi sia il medico stesso a consigliarlo; è per questo che nei periodi recenti è emersa la necessità di regolamentare pesantemente questa pratica.

La normativa in materia di Intramoenia risale agli inizi degli anni '90, ma nel tempo si è susseguita una continua legislazione che ha contribuito a rendere confusionaria la disciplina e a creare differenze significative tra Regioni nel recepimento di tale disposizioni.

Rilevante riportare l'art. 1, comma 4 del DM 31 luglio 1997 il quale dichiara che "l'attività libero-professionale intramuraria non può comportare, per ciascun dipendente, una produttività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché un impegno superiore al 50% dell'orario di servizio effettivamente prestato", regola che serve appunto per prevenire un abuso della pratica per interessi personali del medico come precedentemente esplicitato.

La legislazione più recente prevede la creazione di un Osservatorio nazionale sulle attività di intramoenia e la disposizione esplicita che le organizzazioni SNN possano acquistare servizi di intramoenia ogni qualvolta il tempo di attesa dei pazienti superi l'obiettivo massimo di attesa fissato dalla Regione (Fattore, Mariotti, Rebba, OECD,2013).

Il nuovo Piano Nazionale delle Liste d' Attesa 2019-2021 tratta la pratica intramuraria nell'art.5 in questi termini:

5.1.Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Regioni e Province Autonome, assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale. Il professionista che

eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.

5.2. Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 Giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Ciò che ne emerge è quindi un uso della pratica intramuraria che deve susseguirsi a tutti gli altri strumenti del governo dei tempi d'attesa, in maniera "eccezionale e temporanea". Un superamento del rapporto tra attività in libera professione e in istituzionale, inoltre comporterebbe il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. Ma perché questa attenzione rigida alla pratica intramuraria?

3.2 Intramoenia ed equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie

La risposta al quesito finale del paragrafo precedente è essenzialmente data da "Domenighetti et al, 2010" nel quale articolo si afferma come la pratica di Intramoenia sia molto controversa dato che, inizialmente pensata per gestire e limitare la pratica privata dei professionisti al di fuori dell'SSN in modo da evitare possibili conflitti d'interessi, nonché abuso della loro posizione e quindi nell'incentivare la prestazione privata al posto di quella pubblica, paradossalmente ha ricreato la medesima situazione all'interno del sistema statale, dove lunghi tempi d'attesa possono creare beneficio al medico inducendo il paziente a preferire l'Intramoenia al normale percorso pubblico.

La naturale conseguenza è un importante problema riguardante la solidarietà e l'uguaglianza di accesso all'interno della salute pubblica in Italia tra le persone che hanno effettivamente le possibilità economiche e sono disposte a pagare l'intero servizio e invece chi non può permetterselo. Senza dimenticare che la prestazione servita in Intramoenia è qualitativamente identica alla prestazione pubblica e operata dal medesimo professionista sanitario, risulta evidente la criticità della disparità tra chi ha le risorse per "saltare la coda" e affidarsi all'Intramoenia e chi può aspettare anche mesi per ricevere l'identico servizio, magari con danni alla salute o vedendo i potenziali benefici scemare sempre di più. Lampante è il controsenso tra tale procedura e il principio di universalismo che da sempre ha caratterizzato il SSN italiano. (Domenighetti et al, 2010).

Dallo stesso studio di Domenighetti, 2010, che confronta la prevalenza di cittadini inglesi e italiani che hanno pagato di tasca propria prestazioni che avrebbero potuto avere gratuitamente o a prezzo inferiore, si evince come la variabile "Reddito" non sia risultata significativa per la decisione di effettuare tale spesa.

Tale risultato evidenzia quindi come il costo sostenuto non sia significativamente dipendente dal reddito, di conseguenza non ci sia nessuna sorta di redistribuzione economica tra le famiglie e ciò va ad avvalorare l'ipotesi di iniquità e disuguaglianza di accesso alle prestazioni.

L' Indagine Istat su Salute e Sanità del 2013-2014 rileva che, nel corso dell'anno, oltre 8 famiglie su 10 hanno effettuato spesa out-of-pocket ed in particolare il 32.2% ha speso meno di 250 euro, il 30.3% tra i 250 e i 600 euro e il 37.4% oltre 600 euro.

Un' ulteriore analisi CENSIS del 2015 dichiara che sono 5.4 milioni gli utenti i quali hanno pagato la prestazione "out of pocket" e di questi 1.7 sono persone a basso reddito; inoltre sono 2.8 milioni i residenti che non hanno potuto usufruire di una prestazione a causa della spesa e dei tempi d'attesa, vale a dire più della metà.

Nello stesso studio si evidenzia come il trend crescente del ricorso al privato, di cui 7 milioni in Intramoenia, è prevalentemente causata dalla troppa attesa, che si sarebbe dovuto sostenere, per il 72.6% degli intervistati.

Nel 2016 il Tribunale per i Diritti del Malato-Cittadinanza attiva dichiara che il 10.8% (più di uno su dieci) di 21.493 segnalazioni raccolte segnala la non sostenibilità economica delle cure e il continuo aumento di spese "out-of-pocket" nel corso del 2014-2015.

Lo studio "OECD Health Statistics 2018" rileva che nel 2016 la spesa "Out of Pocket" rappresentava il 23.1% della spesa sanitaria italiana, maggiore della media OECD del 20.6%.

Questa sintesi di dati ricavati da studi degli anni precedenti conferma la criticità del problema nel nostro Paese: i tempi d'attesa sono un importante causa del ricorso al privato/ Intramoenia. Il potere politico ha l'obbligo di occuparsi con priorità del governo delle liste d'attesa, della regolamentazione dell'Intramoenia e del privato per evitare che il principio di universalismo fondante del SSN sia irrimediabilmente compromesso.

3.3 Il nuovo Piano Nazionale delle Liste D'attesa: il metodo RAO

Il nuovo Piano Nazionale delle Liste d'Attesa vede l'introduzione e il recepimento della metodologia RAO in tutte le Regioni.

L'acronimo RAO, che significa Raggruppamenti d'Attesa Omogenei, è stato oggetto di uno studio sperimentale iniziato negli anni 2000 in Trentino, per la precisione nel distretto di Rovereto, e poi diffuso in tutto il territorio della APSS trentina (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari). La metodologia in esame raggruppa le prestazioni ambulatoriali in base alle priorità cliniche tramite l'uso di "parole chiave" a cui viene, in seguito, corrisposto un limite temporale (Mariotti e Monterosso, 2012).

L'identificazione delle "parole chiave" viene concordata tra gli attori che agiscono nel processo di erogazione, ovvero i medici di Medicina Generale che prescrivono la prestazione e lo specialista che la effettua.

Uno degli aspetti fondamentale dei RAO è appunto quello di esser riuscito ad omogeneizzare la prioritarizzazione delle prestazioni grazie ad una reciproca collaborazione tra MMG ed erogatori specialisti. In questo modo essi hanno permesso un più corretto governo della domanda grazie a un miglioramento dell'appropriatezza clinica in quanto la metodologia informatica permette un monitoraggio e un feedback continuo tra i professionisti sanitari che sono così in grado di migliorarsi sempre di più nell'effettuare diagnosi precoce e un'idonea prioritarizzazione (Mariotti e Monterosso, 2012).

È su queste basi che il modello RAO è stato recepito dal nuovo Piano Nazionale delle Liste d'Attesa col fine, appunto, di ottenere una riduzione dei tempi d'attesa conseguente a un più corretto governo della domanda tramite l'appropriatezza delle prestazioni.

Il PNLA concretizza così la metodologia RAO:

- Per quanto riguarda il regime di prestazioni erogate tramite ambulatorio, si renderà obbligatorio l'uso sistematico dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi, del quesito diagnostico e delle classi di priorità che saranno così suddivise:
 1. **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile, ed in ogni caso entro 72 ore;
 2. **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
 3. **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
 4. **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni dal 2020 (fino al allora il timing è 180 giorni) ((QuotidianoSanità.it, 2019))

Per tutte le prestazioni ambulatoriali monitorate (traccianti) l'attesa massima prevista dalla regolamentazione della Regione dovrà essere garantita almeno per il 90% delle prenotazioni B e D (solo per i primi accessi) e dal 2020 anche per la classe P (QuotidianoSanità.it, 2019).

- Per quanto riguarda le prestazioni in regime di ricovero invece le priorità sono:
 1. **Classe A:** Ricovero entro 30 giorni per le casistiche che potenzialmente possono subire aggravamenti rapidi tali da sfociare nell'emergenza, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
 2. **Classe B:** Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano non irrilevante dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la probabilità di peggioramento celere al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere ingente danno alla prognosi.
 3. **Classe C:** Ricovero entro 180 giorni per gli utenti che presentano basso livello di dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi, né possono per il tempo di latenza subire conseguenze rilevanti alla salute.
 4. **Classe D:** Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non presentano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere presi in carico almeno entro 12 mesi. (QuotidianoSanità.it, 2019).

I ricoveri dovranno rispondere a criteri di appropriatezza e priorità clinica per poter essere inseriti in lista d'attesa in modo adeguato e per garantirne la trasparenza. Il paziente, in seguito, dovrà essere messo a conoscenza di tutte le informazioni riguardanti la sua classe di priorità, dei relativi tempi d'attesa massimi e delle essenziali conoscenze cliniche rispetto al suo ricovero.

CONCLUSIONE

Questo elaborato ha analizzato sinteticamente, grazie a documenti e articoli scientifici, il problema legato a liste e tempi d'attesa in Sanità, una problematica sempre più attuale, specie nel nostro Paese dove la Sanità pubblica dovrebbe essere un bene meritorio garantito dalla Costituzione.

Le riforme degli anni '90 (con il D. Lgs. 502/1992 e L. 724/1994 che introducono l'Aziendalizzazione delle ASL e la "concorrenza amministrata", il D.Lgs. 446/1997 che introduce l'autonomia finanziaria regionale e ancora le riforme degli anni '2000 con oggetto il Federalismo sanitario) sono state indirizzate al miglioramento della gestione delle Aziende Sanitarie e al contenimento della spesa in un'ottica di sostenibilità della finanza pubblica.

È in questo contesto che il problema dei tempi d'attesa emerge in quanto sintomo, da una parte, dei limiti dell'offerta sanitaria (dovuti sia ai vincoli di finanza pubblica, che agli sprechi di risorse) e dall'altra di uno scorretto governo della domanda di beni e servizi sanitari.

Inoltre i tempi d'attesa, usati talora come strumenti di razionamento implicito della domanda, se lasciati a sé stessi rischiano di produrre inefficienze e problemi di equità nel sistema in quanto, come visto nel primo capitolo, potrebbero indurre una fuga verso il privato, non necessariamente delle persone con maggiori disponibilità economiche, dato che la scelta del privato dipende dal costo opportunità di ogni individuo e dal beneficio marginale della prestazione sanitaria.

I Sistemi Sanitari dei Paesi OCSE hanno così posto tra le priorità di gestione da affrontare, il governo dei tempi d'attesa. Le politiche usate sono molteplici, ma non tutte hanno dato risultati significativi. Ad esempio, i maggiori investimenti per l'aumento dell'offerta non hanno avuto risultati nel lungo periodo, in quanto si accompagnavano spesso ad un aumento della domanda di beni sanitari indotta dall'aumentata offerta disponibile. Per contro le politiche che vincolano tali finanziamenti a una contemporanea diminuzione dei tempi d'attesa, e quindi al miglioramento della produttività, hanno invece avuto discreti risultati; l'introduzione dei finanziamenti basati sulle attività (in Italia le cosiddette tariffe DRG) da questo punto di vista ha aiutato a raggiungere buoni risultati in termini di riduzione delle attese.

Una strada alternativa, anche questa con buoni risultati, è stata quella di aumentare la libera scelta del paziente coinvolgendo anche i fornitori privati di modo che stipulassero accordi con il pubblico per il governo dei tempi d'attesa.

L'introduzione del "tempo massimo di garanzia" per la prestazione è di certo l'azione che ha contribuito a un netto miglioramento del problema in ambito europeo, specie se abbinata a sanzioni per i servizi che non sono stati in grado di rispettarlo. È in base a tale approccio che l'Europa ha emanato nel Marzo 2011 la direttiva 24/2011 sui "diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria".

Nel secondo capitolo l'analisi si è focalizzato sulla situazione del nostro Paese, mostrando il trend progressivo di aumento dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche soprattutto nel Pubblico; quel che è risultato critico è il contemporaneo aumento del ricorso alla pratica dell'Intramoenia e della collegata spesa Out of Pocket. Tali dati evidenziano quindi il generarsi di problemi di equità e di efficienza nel sistema di welfare sanitario.

Il focus sulla Regione Veneto sembra invece evidenziare una buona gestione del fenomeno, nonostante qualche eccezione, e ribadisce l'efficienza e soprattutto l'efficacia del sistema socio sanitario regionale veneto.

L'ultimo capitolo approfondisce due temi cruciali rispetto al formarsi dei tempi d'attesa in Italia: la pratica dell'Intramoenia e il nuovo metodo RAO.

Per quanto riguarda l'Intramoenia, introdotta col D-Lgs. 229/1999 per regolamentare la pratica privata al di fuori degli ospedali, i dati evidenziano come senza un'adeguata limitazione di soglia, i medici possano tendere ad approfittare delle lunghe liste d'attesa nel Pubblico per convogliare i pazienti verso la libera professione intramuraria, più redditizia per loro. Ciò può ulteriormente aumentare i tempi d'attesa nel Pubblico con un pericoloso circolo vizioso, dove si possono generare rilevanti problemi di equità, mettendo a rischio il principio universalistico del SSN.

È su questa base che è stata limitata l'attività di Intramoenia alla metà della attività istituzionale, oltre la quale soglia un medico non può praticare la libera professione, regolamentazione recepita anche dall'attuale "Piano Nazionale delle Liste d'Attesa (PNLA) 2019-2021".

Ciò che è stato trascurato dai Policy Maker è che il generarsi dei tempi d'attesa nel regime pubblico è dipendente da come vengono a interagire la sanità pubblica e i fornitori privati di prestazioni; sotto questo aspetto la regolamentazione dell'Intramoenia è stata pensata senza tener conto di tutte le variabili caratterizzanti il sistema sanitario italiano e si è rivelata come una politica con un pericoloso potenziale di iniquità sociale.

Il "PNLA 2019-21" adotta inoltre lo strumento dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), il quale metodo si basa sulla partecipazione di MMG, Pediatri e Specialisti per concordare un'omogenea misura della prioritizzazione delle prestazioni sanitarie, tramite parole chiave cliniche associate a una tempistica d'attesa, per garantire appropriatezza delle cure e il rispetto dei tempi. È proprio grazie all'appropriatezza clinica che si può arrivare a un più idoneo governo della domanda di beni e servizi sanitari che si ripercuote così in una diminuzione dei tempi d'attesa.

Il metodo RAO risulta quindi una metodologia sul quale i Policy Maker devono investire e continuare a sviluppare per perseguire un miglioramento continuo in termini di efficienza, efficacia ed economicità del SSN.

In sintesi, si può affermare come il fenomeno in discussione sia di enorme rilevanza nel contesto odierno, sia in termini di efficienza ed efficacia, ma soprattutto in termini di equità. L'attore pubblico ha il dovere di vigilare in tale senso attraverso politiche di governo e gestione dei tempi d'attesa al passo con i continui mutamenti delle esigenze dei pazienti, per garantire il principio di universalismo fondante il nostro Servizio Sanitario Nazionale, in particolare premiando le Regioni che recepiscono in maniera ottimale le direttive e sanzionando quelle negligenti, in modo da superare le diversità di trattamento e garantire buoni risultati di salute in maniera uniforme.

ALLEGATO A

RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DI TEMPI E LISTE DI ATTESA

CHECK LIST N. 1.

1. Le liste di attesa dovrebbero essere differenziate utilizzando sistemi basati sulle priorità cliniche e non sull'ordine di presentazione dei richiedenti. Inoltre, l'attenzione del sistema non dovrebbe concentrarsi sui tempi massimi, ma sul dare maggior priorità e meno attesa ai pazienti con maggior bisogno.
2. I cittadini devono essere coinvolti nella definizione e nell'applicazione di priorità cliniche, favorendo la comprensione dell'importanza dell'equità dell'accesso differenziato in base al bisogno.
3. Tentare di ridurre in poco tempo le liste di attesa potrebbe produrre effetti distorti, pertanto è preferibile un approccio di coinvolgimento progressivo e partecipativo delle parti interessate.
4. In assenza di dati scientifici certi sul risultato clinico finale, la validazione dei criteri di attribuzione di priorità ai pazienti dovrebbe essere condotta con processi di verifica della concordanza dei giudizi dei clinici sulle priorità.
5. Oltre alle priorità cliniche sulle singole prestazioni, dovrebbero essere sviluppati e diffusi appropriati percorsi diagnostico terapeutici e profili di assistenza, comprensivi dei rispettivi tempi di attesa.
6. Deve essere garantita la tempestività dell'accesso alla refertazione delle prestazioni diagnostiche.
7. La gestione dell'accesso alle prestazioni mediante l'utilizzo diffuso delle priorità dovrebbe essere rafforzata con meccanismi vincolanti di premio/sanzione su aziende ed erogatori. Va conseguentemente prevista una maggiore disponibilità di risorse da parte del finanziatore per l'implementazione di modelli basati sulle priorità.
8. È preferibile che siano centralizzati ed informatizzati gli strumenti di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e degli interventi chirurgici, per garantire maggiore trasparenza e verificabilità, anche per i cittadini, sul rispetto delle procedure.
9. Ogni singola azienda sanitaria dovrebbe garantire il monitoraggio dei dati su tempi e liste d'attesa, con un ritorno informativo costante o periodico, facilmente comprensibile, ai prescrittori ed agli erogatori.
10. Deve essere garantita la qualità della documentazione.

Raccomandazioni su tempi e liste di attesa

Mariotti G et al.

ALLEATO B

Tabella 3.1: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (media nazionale)

	Pubblico	Intram	Priv.accr.	Privato
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
Gastrosocopia	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

Tabella 3.2: Tempi di attesa (giorni) - Strutture pubbliche Dato nazionale (medie)

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

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

**Tabella 3.4: Costi (€)
per prestazione e regime
di offerta (media
nazionale)**

Prestazioni	Intra-moenia	Privato
Visita oculistica	97,6	96,8
Visita ortopedica	105,7	103,0
Rx articolare	50,1	42,0
Spirometria	49,2	51,1
Ecocardiografia	102,8	93,4
Ecodoppler venoso arti inf.	91,9	87,4
Eco tiroide	68,2	68,5
Colonscopia	261,6	288,8
Gastroscopia	216,9	245,3
Elettromiografia	120,3	99,9
Coronarografia*	430,0	1465,0

* Prestazione in alcuni casi eseguita in regime di ricovero ordinario

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 2017

**Tabella 3.5: Costi (€) – Prestazioni a
pagamento Dato nazionale
(medie)**

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

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

ALLEGATO C

**Tabella 5.7: Tempi di attesa
(giorni) per prestazione e
Regione in strutture
pubbliche regime SSN
(medie)**

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

ALLEGATO D

Tabella 5.14: Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (Veneto medie)

	Pubblico	Intramoenia	Privato convenz.	Privato
Visita oculistica	58,8	12,9	58,6	6,6
Visita ortopedica	26,1	7,7	20,5	5,7
Rx articolare	32,0	.	60,0	2,0
Spirometria	34,8	.	.	1,0
Ecocardiografia	95,4	7,1	55,5	5,6
Ecodoppler venoso arti inf.	55,0	1,0	.	12,0
Eco tiroide	35,0	.	60,0	4,0
Colonscopia	60,4	12,1	43,0	12,8
Gastroscopia	93,0	.	.	10,0
Elettromiografia	50,0	.	.	11,0
Coronarografia	100,0	.	.	.

Fonte: Indagine C.R.E.A. Sanità 20

Riferimenti bibliografici:

- Acton JP (1975), Non-monetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence, *Journal of Political Economy*, Vol. 87, n. 3.
- Buchanan J (1965), *The Inconsistencies of the National Health Service*, Institute of Economic Affairs, I.E.A. Occasional Papers, London.
- Consorzio per la Ricerca Applicata in Sanità, 2017, Osservatorio sui tempi d'attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionale
- Domenighetti G., Vineis P., De Pietro C., Tomada A. (2010), Ability to pay and equity access to Italian and British National Health Services, *European Journal of Public Health*, Vol.20, n.5, pp. 500-503
- Mariotti G. (2005), Raggruppamenti di Attesa Omogenei, *Care I*, pp.21-24
http://careonline.it/wp-content/uploads/2012/02/raggruppamenti_attesa_omogenei.pdf
- Mariotti G. con la collaborazione del Consiglio Direttivo della Società Italiana Qualità Assistenza Sanitaria, 2009, Raccomandazioni su Tempi e Liste d'Attesa, *Quality Skill*, vol. 19 N°3, pp. 129-34
- Mariotti G. e Monterosso M. (2012), Priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali: l'esperienza della Provincia di Trento, *Politiche Sanitarie*, vol. 13 N° 1, pp.39-47
- OECD (2012), *OECD Health Data 2012*, OECD Publishing, Paris,
<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD Health Statistics 2018
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
- *Quotidiano Sanità*, Piano nazionale delle Liste d'attesa. Dai tempi massimi fino al blocco dell'intramoenia. Ecco cosa prevede, quotidianosanità.it, 21 Febbraio 2019
- Rebba V., *Lezioni di Economia sanitaria 2017-2018*, Università degli Studi di Padova, lezioni 4, 8 e 9
- Rebba V., (2009), I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure? , *Politiche sanitarie*, vol.10 N°4
- Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>