

✘ Sara Bertone, Michele Ceraolo, Andrea Bertolini, Giacomo Maggi, Jacopo Niccolò Marin e Daniele Noviello.

Diversi Paesi dell'OCSE sono riusciti, fra gli anni '90 ed il primo decennio del 2000, a raggiungere l'obiettivo di ridurre l'intervallo di tempo che un paziente deve attendere prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico di elezione. Le ragioni di tale successo variano da un Paese all'altro. Tuttavia con la crisi finanziaria iniziata nel 2009, con i conseguenti tagli sulla spesa sanitaria effettuati dai vari Stati, si è riscontrata, a partire dal 2011-2012, un'inversione di tendenza.

---

**I tempi di attesa per la chirurgia elettiva - come gli interventi di cataratta e di protesi d'anca - sono uno dei principali problemi che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare.** Recentemente la rivista *Health Policy* ha pubblicato uno studio riguardante 12 paesi OCSE (Australia, Canada, Danimarca, Irlanda, Finlandia, Olanda, Nuova Zelanda, Portogallo, Slovenia, Spagna, Svezia e Regno Unito) che analizza i metodi di misura e compara l'andamento dei tempi di attesa nell'arco di 14 anni (1999-2012)[[1](#)]. L'analisi fa parte del secondo progetto sui tempi d'attesa dell'OCSE[[2](#)] che prende in considerazione nove procedure chirurgiche elettive: protesi d'anca e di ginocchio, cataratta, isterectomia, prostatectomia, colecistectomia, ernia inguinale e femorale, angioplastica coronarica e bypass coronarico.

**Come misurare i tempi di attesa**


Gli autori hanno richiesto ai vari paesi di fornire i dati dei tempi di attesa secondo quattro differenti definizioni:

1. Tempo di attesa per ricovero relativamente ai casi trattati in un dato anno: il tempo si riferisce al tempo intercorso tra la valutazione e la richiesta dello specialista e il momento del ricovero.
2. Vedi sopra, ma il tempo è calcolato dalla richiesta della consulenza specialistica da parte del medico di famiglia.
3. Tempo di attesa in lista al momento del sondaggio dalla richiesta dello specialista.
4. Vedi sopra, ma - come il punto b) - il tempo decorre dalla richiesta della consulenza specialistica da parte del medico di famiglia.


I dati si riferiscono a pazienti le cui cure sono finanziate dal servizio pubblico perché eseguite in una struttura pubblica o in una struttura privata convenzionata.

**La differenza tra i punti a) e b) e quelli c) e d) sta nel fatto che nei primi due l'analisi è retrospettiva e riguarda quanto tempo hanno effettivamente atteso i pazienti trattati, nei secondi due il dato si riferisce a pazienti non ancora trattati e registra la situazione delle liste di attesa in un determinato momento.** Per ciascuna definizione si è calcolata la media, la mediana e le percentuali di pazienti in lista di attesa per 0-3 mesi, 4-6 mesi, 7-9 mesi, 10-12 mesi e oltre 12 mesi. Particolarmente significativa è l'ultima percentuale che fornisce informazioni sul numero e la quota di pazienti penalizzati dagli eccessivi tempi di attesa. Otto paesi hanno fornito dati sui tempi di attesa dei pazienti trattati, mentre sei sui tempi di attesa dei pazienti in lista. Tre paesi - Nuova Zelanda, Spagna e Portogallo - li hanno forniti entrambi. Le figure 1 e 2 descrivono la situazione dei tempi di attesa dei pazienti trattati e di quelli in lista per alcune nazioni, riguardo agli interventi di protesi d'anca e cataratta.

**Figure 1. Protesi d'anca. A) Tempi di attesa dei pazienti trattati. B) Tempi di attesa dei pazienti in lista.**

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Figure 2. Cataratta. A) Tempi di attesa dei pazienti trattati. B) Tempi di attesa dei pazienti in lista.**

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**La media e la mediana**

I dati sono analizzati calcolando **la media** (Somma di tutti i valori/n° dei valori) e **la mediana** (Corrisponde al valore del dato che occupa la posizione centrale nella lista dei valori) dei vari tempi di attesa. I tempi di attesa medi risultano sistematicamente più alti di quelli mediani. Questo risultato è determinato dal sistema di priorità e di emergenze dato ai vari pazienti: i casi con bassa priorità (quindi con tempi di attesa più lunghi) sono più numerosi di quelli ad alta priorità. Questo dato si ripete in tutte le 12 nazioni analizzate e si presta a due possibili, molto diverse, interpretazioni: a) le emergenze sono rare grazie al sistema di controlli periodici cui i pazienti si sottopongono; i casi non prioritari vengono invece smaltiti con più tempo proprio per lasciare flessibilità al sistema; b) solo una piccola parte dei casi riesce a concludersi in tempi brevi, mentre la maggior parte si accumula nel tempo.

### **I trend temporali**

**La Figura 3 mostra l'andamento temporale (1999-2012) dei tempi di attesa per interventi di protesi d'anca e cataratta.** Complessivamente i dati sono relativamente stabili per tutte gli interventi. Ci sono tuttavia alcuni casi in cui i tempi di attesa si sono ridotti. In particolare Regno Unito e Finlandia hanno registrato una notevole riduzione dei tempi di attesa da livelli piuttosto alti agli inizi degli anni 2000. Anche in Olanda, Danimarca e Portogallo vi sono state delle riduzioni dei tempi d'attesa, anche se in quest'ultimo paese negli ultimi anni si è registrata un'inversione di tendenza.

**Figura 3. Tempi di attesa (in giorni) per protesi d'anca e cataratta. Anni 1999-2012.**

✖ Cliccare sull'immagine per ingrandirla

## Discussione e Conclusioni

Diversi stati dell'OCSE sono riusciti, fra gli anni '90 ed il primo decennio del 2000, a raggiungere l'obiettivo di ridurre l'intervallo di tempo che un paziente deve attendere prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico di elezione (e non di urgenza). Le ragioni di tale successo variano da un Paese all'altro. **In Finlandia come in Inghilterra** si è optato per un sistema in cui si stabiliscono a priori dei tempi di attesa massimali per ciascun intervento: **se l'ospedale o la struttura sanitaria pubblica non rispettano tali termini vengono sanzionati dal punto di vista economico (in Inghilterra i dirigenti di tali strutture potevano addirittura perdere il posto di lavoro).**

**In Olanda** si è invece scelto di modificare il sistema di finanziamento degli ospedali: anziché compensare le spese con una quota fissa, ora si eroga un contributo di entità proporzionale al tipo di servizio fornito all'assistito.

**La soluzione danese** è ancora diversa: in questo Paese infatti l'entità del tempo di attesa pre-intervento era praticamente decisa dal cittadino stesso, il quale era libero di scegliere di richiedere il servizio in un altro ospedale se la struttura aveva una lista d'attesa troppo lunga; tale sistema, pur efficace, è stato sospeso nel 2008 a causa delle proteste del personale sanitario.

La misurazione stessa dei tempi di attesa comunque pone dei problemi, in quanto si deve scegliere in maniera accurata quale periodo di tempo considerare ai fini statistici. Innanzitutto si deve considerare che, salvo rare eccezioni, i tempi di attesa effettivi (cioè calcolati su pazienti già sottoposti all'intervento chirurgico) sono inferiori rispetto a quelli che ci si aspetta nel momento in cui si viene inseriti all'interno di una lista d'attesa.

Benché alcuni preferiscono il secondo parametro (in quanto specchio dello sforzo attuale della struttura sanitaria di soddisfare le necessità dei pazienti), i tempi d'attesa effettivi potrebbero essere altrettanto efficaci: forniscono sì un dato relativo ad un passato più o meno recente ma, considerando solo gli interventi degli ultimi mesi/anni, si potrebbe avere una stima del reale grado di efficienza dell'ospedale in termini non tanto di qualità quanto di velocità nella fornitura di un dato servizio. **Calcolare il tempo di attesa effettivo, prescindendo dalla stima delle liste di attesa, fornirebbe sicuramente un dato maggiormente concreto, con caratteri meno fittizi e aleatori.**

**Altri parametri importanti da considerare sono la media e la mediana dei tempi di attesa, ma soprattutto la percentuale di pazienti costretti ad attendere tempi troppo lunghi.** (La media è importante in quanto è il dato che più colpisce un pubblico di cultura medio- bassa). La mediana è riservata a statistici ed esperti del settore, mentre **il terzo parametro raggiunge in maniera immediata il pubblico in quanto rappresenta il rischio che una persona ha di sottoporsi all'intervento richiesto in un futuro eccessivamente lontano.**

Le problematiche non si fermano con la scelta della misura, ma si annidano anche nella definizione del momento in cui iniziare a calcolare il tempo di attesa: si possono infatti considerare sia l'intervallo di tempo trascorso fra il momento della prima visita e l'esecuzione dell'intervento, sia quello fra la data della visita specialistica e il giorno dell'operazione chirurgica. Il secondo dato riflette effettivamente la reale attesa "impaziente" dell'assistito, che sa di doversi sottoporre a un intervento; il primo parametro, però, ha il pregio di fornire anche una stima dell'efficienza della struttura sanitaria di indirizzare il paziente ad una visita specialistica. **Per tale ragione alcuni Paesi scelgono di fornire entrambi i dati separatamente, così da avere un'idea globale del grado di efficienza di quella struttura ospedaliera.**

A prescindere dai parametri impiegati per la valutazione, si deve comunque riconoscere che alcuni Paesi sopra menzionati sono riusciti nel loro intento di ridurre i tempi di attesa. Se si escludono trascurabili differenze fra un Paese e l'altro, si rilevano due caratteri costanti nelle strategie adottate allo scopo: innanzitutto un incremento della spesa sanitaria dovuto alla richiesta di maggiori finanziamenti per le strutture ospedaliere, ed in secondo luogo un controllo rigido del servizio fornito da queste ultime. Tale controllo può provenire dall'alto, come accade in Finlandia e nel Regno Unito, dove si è imposto un sistema per cui chi non rispetta determinati limiti (i massimali dei tempi di attesa cui si faceva riferimento prima) viene sanzionato, oppure dal basso, in cui è il cittadino stesso a scegliere di rivolgersi a una struttura che fornisca il servizio in tempi ragionevoli.

**L'aumento dei finanziamenti alle strutture ospedaliere è una condizione necessaria ma non sufficiente a garantire l'ottenimento dell'obiettivo finale di riduzione dei tempi di attesa e che con la crisi finanziaria iniziata nel 2009 (con i conseguenti tagli sulla spesa sanitaria effettuati dai vari Stati) si è riscontrata, a partire dal 2011-2012, un'inversione di tendenza: un leggero aumento degli intervalli di tempo intercorrenti fra l'inserimento nella lista di attesa del paziente e il suo arrivo sul tavolo operatorio.**

Una soluzione ragionevole cui si è giunti di recente è stato quello di fornire gradi di priorità

ai diversi pazienti a seconda della gravità della loro situazione, in maniera tale da affrettare le procedure per i casi più urgenti e costringere a più lunghe attese gli altri.

Sara Bertone, Michele Ceraolo, Andrea Bertolini, Giacomo Maggi, Jacopo Niccolò Marin e Daniele Noviello. Allievi Ordinari di Scienze Mediche, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

## **Bibliografia**

1. Siciliani L, Moran V, Borovitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy* 2014; 118:292-303.
2. Siciliani L, Moran V, Borovitz M (Editors). *Waiting time policies in health sector. What works?* Health Policy Studies Paris, France. OECD Publishing, 2013.