



Marco

Geddes

Le liste di attesa sono il sintomo del depotenziamento, in termini di personale, di investimenti e di organizzazione della sanità pubblica per favorire, inconsciamente o scientemente, una privatizzazione di un settore rilevante del servizio sanitario, come la diagnostica e la specialistica. Imboccando tale strada non solo si aumentano le diseguaglianze e si frammentano i percorsi assistenziali, ma si allungheranno ulteriormente le liste di attesa. Lo studio CREA Sanità commissionato dalla Funzione Pubblica Cgil.

Le liste di attesa in sanità sono un fenomeno diffuso nella difficoltà di far corrispondere, in termini di quantità, di distribuzione, di tempistica e di efficienza organizzativa, l'offerta di prestazioni alle necessità e alle richieste degli assistiti. In Italia i tempi di attesa per le visite specialistiche e accertamenti diagnostici sono il motivo principale di critica e disaffezione nei confronti del servizio sanitario; una attesa che si somma al tempo necessario per riuscire a mettersi in contatto con il Centro di prenotazione, o per recarsi allo sportello districandosi in percorsi non sempre, e non per tutti facilmente percepibili e *amicali*.

La situazione italiana, seppure rilevata in alcune occasioni, ad esempio con l'Indagine Istat su Salute e Sanità 2013 - 2014^[1], non è oggetto di un puntuale e costante monitoraggio e manca totalmente un'analisi delle esperienze di abbattimento delle liste e una riflessione sulle delle modalità di generalizzare le,

poche, iniziative positive. Una descrizione del fenomeno è ora disponibile grazie al meritorio studio effettuato dal **CREA Sanità**[2] commissionato dalla Funzione Pubblica Cgil e dalla Fondazione Luoghi comuni, che ha preso in esame quattro regioni, scelte per la loro rappresentatività geografica (Lombardia nel Nord-Ovest, Veneto nel Nord-Est, Lazio nel Centro e Campania nel Sud) e le loro dimensioni. Si tratta complessivamente di 26.673.480 residenti, pari a quasi la metà (43,9%) della popolazione italiana. È un campione consistente, ovviamente non rappresentativo della realtà italiana, ma che ha permesso di analizzare vari parametri:

- **Prestazioni:** visita oculistica, visita ortopedica, Rx articolare, Spirometria, Ecocardiografia, Ecodoppler venoso arti inferiori, Eco tiroide, Colonscopia, Gastrosocopia, Elettromiografia, Coronarografia (limitatamente a alcune regioni e alcuni erogatori).
- **Regime dell'offerta:** Pubblico, Intra-moenia, Privato convenzionato, Privato solventi.
- **Tempi di attesa in giorni:** dati nazionali (medie) e regionali per prestazione, per regime di offerta, per tipologia di struttura e per regione
- **Costi (€) per prestazione,** per regime di offerta, per tipologia di struttura e per regione.

Da questo articolato confronto emergono alcuni dati assai preoccupanti rispetto alla capacità del sistema sanitario di rispondere alle richieste dei cittadini.

Esaminiamo solo le principali criticità.

Solo una delle 11 prestazioni elencate (Rx articolare) risulta erogata nel sistema pubblico (in termini di media nazionale) sotto i 30 giorni e anche il sistema privato convenzionato non è in grado di assicurare tale tempistica per cinque prestazioni.

Il confronto dei tempi di attesa per gli anni, 2014, 2015 e 2017, possibile nel sistema pubblico per tre prestazioni, evidenzia un peggioramento che, seppure riferito a campioni non sovrapponibili, è indicativo delle attuali difficoltà del sistema sanitario. Chi invece ricorre a prestazioni a pagamento, siano esse in intramoenia o private, le ottiene in tempi inferiori a sette giorni. L'attesa per chi paga è quindi un decimo di quella che subisce chi ricorre al sistema pubblico (**Tabella 1**).

Tabella 1: Tempi di attesa (giorni) nelle strutture pubbliche. Dato nazionale (medie).

	2014	2015	2017	2014	2015	2017
Prestazione	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

Anche il privato accreditato risponde, con tempi decisamente lunghi: 63 giorni per una colonscopia in Lombardia e 90 giorni per coronarografia in Campania. Si evidenzia così che non è tanto la tipologia dell'erogatore, la sua potenziale inefficienza, poiché pubblico e privato (quasi) pari sono, ma essenzialmente è la possibilità di mettere mano al portafoglio che fa la differenza.

Il confronto fra i tempi di attesa complessivi (medie per le diverse prestazioni) risulta infatti il seguente (**Tabella 2**)

Tabella 2: Tempi di attesa complessivi per 11 prestazioni nei quattro regimi di erogazione, anno 2017.

Prestazione	Publico	Privato convenzionato	Intramoenia	Privato pagante
Visita oculistica	88,3	52,2	6,7	6,3
Visita ortopedica	55,6	27,0	6,1	6,0
Rx articolare	22,6	8,6	4,4	3,3
Spirometria	43,9	12,8	4,6	5,2
Ecocardiografia	70,3	22,6	5,2	5,9
Ecodoppler	73,9	19,2	5,1	6,0
Eco tiroide	57,6	15,5	4,9	5,5
Colonscopia	96,2	46,5	6,7	10,2
Gastrosocopia	88,9	42,3	6,3	10,2
Elettromiografia	62,2	20,9	5,0	6,2
Coronarografia	47,0	90,0	9,0	13,0

Si tratta, lo ripetiamo, di tempi medi con una elevata variabilità sia territoriale all'interno della stessa regione che fra le diverse tipologie di erogatori (Azienda territoriale, Azienda ospedaliera, Policlinico universitario).

Vi è infine un'analisi dei costi che risulta sorprendente. I costi fra intramoenia e privato pagante non presentano grandi differenze, ad esclusione che per la coronarografia, il cui confronto non è significativo poiché nel privato pagante non è erogata in Lombardia e

Veneto e in intramoenia non disponibile in Veneto e Campania; inoltre tale prestazione spesso viene effettuata in regime di ricovero, con conseguenti costi alberghieri.

Per le restanti dieci prestazioni in un caso i costi sono identici e in cinque casi sono più elevati in intramoenia che in privato (**Tabella 3**).

Tabella 3: Costi delle prestazioni in intramoenia e in privato pagante, anno 2017.

Prestazione	Intramoenia	Privato pagante
Visita oculistica	87,6	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	91,9	87,4
Eco tiroide	68,2	68,5
Colonscopia	261,6	288,8
Gastroscofia	216,9	245,3
Elettromiografia	120,3	99,9
Coronarografia	430,0	1485,0

Ad integrazione di questa, seppur sintetica esposizione dei risultati dell'Osservatorio sui tempi di attesa CREA, è utile far presente che, in alcune realtà italiane, il problema è stato affrontato con risultati, seppure iniziali e da consolidare, positivi. **Citiamo due esperienze organizzative - gestionali che dovrebbero essere valutate e estese per riportare le liste di attesa a livelli fisiologici.**

In Emilia Romagna, con un'articolata azione organizzativa avviata fin dal 2015 e con il potenziamento dell'attività produttiva, si sono posti l'obiettivo di assicurare la visita specialistica in 30 giorni e gli esami diagnostici in 60 giorni[3] con i seguenti risultati (riportiamo solo le prestazioni analoghe a quelle del rapporto CREA).

Tabella 4: Confronto della percentuale di richieste evase in 30 giorni per visite e di 60 giorni per prestazioni diagnostiche non urgenti in Emilia Romagna periodo 2015 - 2018.

Prestazione	Gennaio 2015	Luglio 2015	Gennaio 2016	Gennaio 2018
--------------------	---------------------	--------------------	---------------------	---------------------

Visita oculistica	67	93	98	99
Visita ortopedica	64	87	94	100
Spirometria	79	80	97	99
Ecocardio	77	93	97	99
Ecodoppler	85	76	98	100
Elettromiografia	63	78	95	99
Colonscopia	89	97	98	99
Gastroscofia	77	88	95	100

Un secondo esempio è rappresentato dall'esperienza della Asl Nord Ovest toscana e dell'Azienda ospedaliera di Pisa, che ha adottato il criterio *Open Access*^[4]. Il sistema si pone l'obiettivo di erogare prestazioni di primo accesso per il medico di medicina generale, cioè per prestazioni che devono essere garantite su un determinato territorio dagli erogatori ivi presenti in quanto prestazioni di base. Si attua attraverso più fasi: 1. Valutare le agende di prenotazione; 2. Creare le liste di prenotazione per i pazienti per i quali necessita un controllo; 3. Creare un servizio *Open Access* per le prime visite; 4. Condividere l'intera operazione fra tutti gli erogatori indipendentemente se pubblici dell'Azienda ospedaliera o della Azienda territoriale e se privati convenzionati; 5. Offrire una disponibilità nei tre giorni, trattando quindi le "prime visite" come se fossero tutte urgenti; 6: Mettere a punto un sistema che evidenzi il funzionamento dell'*Open Access*; 7. Effettuare un continuo monitoraggio.

Tale sperimentazione, estesa attualmente a molteplici prestazioni (visita oculistica, visita neurologica, visita orl, visita cardiologica, visita dermatologica, eco mammaria, eco tiroidea, eco addome, altre ecografie, tc torace) sta assicurando gli accertamenti nei tre giorni successivi alla richiesta per tutti i residenti per i quali è richiesta una prima visita.

La sintesi dei dati del Rapporto qui esposta solleva una serie di inevitabili domande e considerazioni:

1. **Siamo di fronte ad un'analisi che, seppure parziale territorialmente, risulta più accurata ed esaustiva di quanto finora disponibile.** Ma un problema come le liste di attesa, così generale e rilevante anche per l'opinione pubblica non dovrebbe essere oggetto di annuali report nazionali e non di una meritoria iniziativa sostenuta dalla Cgil e Fondazione Luoghi comuni, tramite CREA? Non sono questi i settori che meritano di essere monitorati e le soluzioni organizzative - gestionali, come quelle descritte, non dovrebbero essere oggetto di ricerca applicata (si di Ricerca, con l'R

maiuscola) come farebbe ogni grande azienda di produzione di prodotti o di servizi?

2. **Il ricorso al privato, sia esso in intramoenia o privato "puro" è evidentemente la conseguenza delle difficoltà di accesso in tempi congrui per l'utente**, come risulta dai dati e dalle indagini sulle motivazioni della scelta.
3. **La professione intramoenia**, a cui si ricorre appunto in larga prevalenza non certo per motivi di scelta del professionista, **non serve a contenere le liste di attesa**. Anzi "vive" proprio perché ci sono le liste di attesa!
4. **Le tariffe dell'intramoenia sono simili o più alte che nel privato**. In altri termini là dove gli investimenti per le strutture sono stati effettuati dal pubblico, il professionista ha lo stipendio e la garanzia di lavoro, la sua formazione e l'aggiornamento (nonché ferie, malattia etc.) sono a carico del pubblico e le tariffe sono concordate, queste sono uguali o più alte che in regime privato.
5. **L'intramoenia non riduce le liste di attesa** e non è competitiva né effettua azione calmierante rispetto alla spesa che il cittadino si sobbarca. Anzi in molti casi le tariffe sono in incremento: la colonscopia in intramoenia è passata in due anni da 221 a 261 euro!
6. **Le liste di attesa sono il sintomo del depotenziamento, in termini di personale, di investimenti e di organizzazione della sanità pubblica per favorire, inconsciamente o scientemente, una privatizzazione di un settore rilevante del servizio sanitario, come la diagnostica e la specialistica**. Imboccando tale strada non solo si aumentano le diseguaglianze e si frammentano i percorsi assistenziali, ma si allungheranno ulteriormente le liste di attesa. Ciò appare evidente dal fatto che fra le quattro regioni esaminate l più rileviamo che il Veneto, che è la Regione con la quota maggiore di strutture di erogazione pubbliche, ha tempi di attesa mediamente inferiori. Lo dimostra anche il fatto che negli Stati Uniti per una visita da parte del proprio medico curante bisogna attendere mediamente 24 giorni^[5] o, come ha scritto sul Guardian la giornalista Mary O'Hara "The idea that private systems mean greater efficiency is simply unconvincing. I have pretty good US health insurance and yet the shortest waiting time to see my designated doctor has been five weeks - much worse than under the NHS"^[6].

Possiamo concludere concordando pienamente con quanto afferma il Rapporto CREA Sanità: "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. **In altre parole la Sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante dalle inefficienze del pubblico.**"

Bibliografia

1. Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Roma 2015.
2. CREA Sanità. [Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali](#) [PDF: 3,6 Mb]. I° Report.
3. Sergio Venturi, Regione Emilia Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Gestione delle liste d'attesa: la ricetta vincente dell'Emilia Romagna, 13° Conferenza nazionale Gimbe, Bologna 02.03.2018.
4. Carlo Tomassini, Marco Nerattini, con Open Access liste di attesa battute in 7 mosse, Panorama della sanità, n. 12, 70 - 73, 2017.
5. [Survey of Physician Appointment Wait Times](#). Merritt Hawkins Team, 22.09.2017
6. Mary O'Hara, The Guardian, 25.08.2015