

# 7 I tempi di attesa per le prestazioni del SSN: stato dell'arte e alcune riflessioni

di Giovanni Fattore e Francesca Ferrè<sup>1</sup>

## 7.1 Introduzione

Il tema delle liste e dei tempi di attesa in sanità caratterizza il dibattito nella maggior parte dei sistemi sanitari con modello a Servizio sanitario nazionale il cui fine consiste nel garantire l'accesso e l'erogazione universale delle prestazioni essenziali in una più ampia prospettiva di tutela dei diritti fondamentali della persona. La problematica dei tempi d'attesa riguarda la concretizzazione del diritto fondamentale alla tutela della salute, dell'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni e dell'appropriatezza delle cure. È per questo che negli ultimi anni l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa ha assunto importanza fondamentale nel più ampio quadro delle iniziative volte a diffondere la conoscenza delle attività sanitarie offerte, della relativa tempistica di erogazione e delle relative modalità di prenotazione e accesso. In diverse regioni e aziende, queste informazioni sono accessibili attraverso sezioni dedicate sui siti *web* regionali e aziendali. Inoltre, il monitoraggio dei tempi e delle liste d'attesa rappresenta una risorsa strategica per le aziende e i sistemi sanitari nel loro complesso in quanto elemento utile per interventi di miglioramento della qualità dei servizi (Ministero della Salute, 2001) e di efficienza gestionale (Cantù, 2002).

Il monitoraggio delle liste d'attesa è, infatti, un flusso informativo importante per adattare e migliorare la *responsiveness* del sistema verso la soddisfazione più completa di esigenze sanitarie in espansione. Programmare la dotazione di strutture dei territori, stimolare risposte produttive conformi da aziende pubbliche e private, valutare l'appropriatezza prescrittiva, assicurare punti di accesso e sem-

<sup>1</sup> Benché il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i §§ 7.1, 7.2 e 7.3 sono attribuiti a Francesca Ferrè e i §§ 7.4 e 7.5 sono attribuiti a Giovanni Fattore.

Gli autori ringraziano Giuliano Mariotti e Vincenzo Rebba per lo scambio di idee sul tema dei tempi d'attesa nell'ambito del progetto OCSE da cui è derivato il contributo citato in testo. Ovviamente, gli autori sono i soli responsabili delle informazioni e delle riflessioni presentate in questo capitolo.

plificare le procedure di prenotazione, valutare sistematicamente i requisiti qualitativi delle strutture attraverso il sistema di accreditamento e controllo sono aspetti fondamentali che i sistemi sanitari dovrebbero governare per migliorare il fenomeno delle liste d'attesa.

Numerosi sono i richiami e i provvedimenti normativi che riguardano il problema della riduzione e gestione delle liste d'attesa nel nostro paese. Le *policy* tradizionali di governo dei tempi d'attesa si concentrano sulla definizione di target sui tempi massimi, lo sviluppo di criteri clinici per la prioritizzazione dei pazienti e la facilitazione dei meccanismi di prenotazione delle prestazioni sanitarie (Mariotti et al., 1999; Siciliani e Hurst, 2005). Infatti, già il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008 e il corrente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (2010-2012) hanno definito a livello nazionale (e successivamente le regioni a livello regionale) i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni, suddivise per aree critiche di bisogno assistenziale<sup>2</sup>. Inoltre, per potenziare la rete di prenotazione delle prestazioni sanitarie, hanno vincolato risorse per specifici progetti regionali in materia di Centro Unico di Prenotazione (CUP). Tuttavia, la situazione sul territorio risulta ancora disomogenea per i risultati raggiunti nell'abbattimento dei tempi d'attesa (Rapporto CISL-FNP, 2008; Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva, 2011) sebbene vi siano formali sanzioni per gli erogatori che non rispettano i tempi massimi di attesa (impossibilità d'accesso a determinate risorse finanziarie – Progetto Mattoni- e, più recentemente, dimensione di performance valutata nella determinazione della retribuzione variabile dei Direttori Generali delle aziende). In questo quadro, in cui i miglioramenti negli ultimi anni sono stati limitati (Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva, 2011), i pazienti sono costretti, ove possibile, a rivolgersi alla sanità privata (*out-of-pocket*) per assicurarsi in tempi certi un diritto fondamentale della persona.

Il tema dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie è ritenuto dunque cruciale per garantire la tutela della salute e l'eguaglianza nell'accesso e nella fruizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Nell'ambito della gestione dei tempi d'attesa, la garanzia del mantenimento dei LEA si ottiene anche con l'informazione pubblica dei valori monitorati, garantendone il rispetto del livello massimo previsto, e con la costruzione di indicatori di appropriatezza centrati sul paziente. Il primo obiettivo comprende il coinvolgimento dei cittadini nella regolare e trasparente informazione sull'accesso ai servizi, mentre il secondo integra il modello delle priorità per singola prestazione con il modello organizzativo dei percorsi diagnostico terapeutici e con la gestione complessiva del pa-

<sup>2</sup> Ad esempio, per le prestazioni ambulatoriali sono quattro le classi di priorità: prestazioni urgenti garantite entro un massimo di 72 ore; indifferibili entro 10 giorni; visite differibili entro 30 giorni; accertamenti entro 60.

ziente, visto non come utilizzatore di singole prestazioni, ma come cittadino che necessita di una presa in carico complessiva.

Alla luce di queste premesse, il presente lavoro si pone l'obiettivo di descrivere le caratteristiche dei sistemi utilizzati a livello nazionale e regionale per la gestione delle liste d'attesa, con particolare riguardo al tema della diffusione dell'informazione sui tempi d'attesa, visti i numerosi sforzi di *empowerment* del paziente che si sono compiuti in questi ultimi anni, anche tramite l'introduzione di nuove opportunità di consultazione dei tempi d'attesa, prenotazione delle prestazioni e, quindi, scelta dell'erogatore.

Il capitolo è articolato come segue. Il § 7.2 introduce al tema presentando le criticità e le implicazioni delle lunghe liste d'attesa sui servizi sanitari e illustra alcuni dati di percezione dei tempi d'attesa nel nostro paese. Il § 7.3 presenta l'evoluzione del quadro di riferimento normativo sulla gestione dei tempi d'attesa per l'accesso ai servizi definiti essenziali (LEA). Il capitolo prosegue presentando nel § 7.4 quali sono le informazioni pubbliche disponibili sui livelli di attesa, partendo dal report AGENAS del 2011 e ampliandolo con una ricognizione sui siti regionali. Il § 7.5, infine, discute le conseguenze delle eterogeneità dei sistemi di misurazione e delle informazioni e offre alcuni spunti di riflessione rispetto all'evoluzione futura.

## **7.2 Cause e implicazioni delle lunghe liste d'attesa**

### **7.2.1 Le determinanti delle liste e tempi d'attesa**

Prima di introdurre puntualmente la normativa sul tema della gestione delle liste d'attesa è opportuno identificare le cause e le implicazioni dei tempi d'attesa nei sistemi sanitari.

Il tempo di attesa dipende da molteplici cause che interagiscono tra di loro, alcune delle quali assumono naturalmente un maggior peso e sono quindi considerate rilevanti nelle diverse strategie con cui il problema viene affrontato (Ministero della Salute 2001).

Alcune cause risultano essere connesse (i) al contesto socio-economico-culturale ovvero alla struttura della domanda quali l'invecchiamento demografico, la maggiore sopravvivenza della popolazione anche in virtù dei successi sanitari e terapeutici, l'affermarsi di nuovi modelli di consumo sanitario e la maggiore attenzione rivolta alla prevenzione e al mantenimento della salute, sostenuta anche da una maggiore informazione e comunicazione ai cittadini sui temi sanitari. Altre si collegano (ii) al sistema sanitario, ovvero all'offerta del servizio in termini di sistemi di prenotazione e di informazione, di adozione di normative specifiche, di tariffe e tetti programmati ai volumi erogabili; (iii) agli erogatori in termini di efficienza, gestione delle liste, attrazione della domanda; (iv) alla

prestazione, la quale può essere più o meno complessa e quindi risultare concentrata in poche strutture in quanto innovativa o richiedente delle tecnologie specifiche. Infine, un'ulteriore determinante è rappresentata (v) al paziente: le condizioni cliniche e di gravità/urgenza della prestazione, le preferenze personali verso certi medici e/o strutture anche per condizioni di comodità e di logistica, il livello di conoscenza dei servizi sanitari, gli aspetti psicologici e comportamentali connessi alla percezione, le aspettative, l'ansia e la preoccupazione associate all'attesa.

Nell'ambito del SSN italiano, le determinanti incidono in maniera differente a seconda delle diverse classi di servizi a cui si fa riferimento, tipicamente i ricoveri ospedalieri e le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale (Fattore et al., in corso di stampa). Il presente contributo è principalmente dedicato all'assistenza extra-ospedaliera (senza ricovero ordinario o *day hospital*), perché è in questo ambito che il tema dei tempi di attesa appare più critico, come testimoniano anche gli interventi nazionali e regionali fino ad ora adottati. Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri la situazione appare meno critica, o comunque meno all'attenzione delle iniziative di politica sanitaria, probabilmente per effetto di una compresenza di fattori che creano maggiori incentivi al contenimento dei tempi d'attesa (competizione tra le strutture, mobilità inter-aziendale e inter-regionale, tariffe generalmente remunerative) e di una maggiore capacità di governo dell'assistenza ospedaliera secondo criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa (ad esempio tramite il monitoraggio dei DRG a rischio di inappropriata).

### 7.2.2 Alcuni dati di percezione sui tempi d'attesa

Le importanti implicazioni dei tempi d'attesa in termini di tutela della salute ed eguaglianza nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza (LEA) possono essere in via esplorativa desunte dalla lettura dei dati di percezione dei pazienti tramite indagini di soddisfazione sui livelli di attesa raccolti a livello nazionale.

Attualmente, come fotografa Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2011, il tema delle liste d'attesa risulta uno degli ambiti più segnalati dagli oltre 23.000 pazienti campione d'indagine. Con riferimento ai dati 2010, le segnalazioni si riferiscono in maniera prioritaria agli esami diagnostici (52,6%), seguono le visite specialistiche sia di primo accesso che di controllo, con il 28,2%, mentre le segnalazioni di lunghi tempi d'attesa per gli interventi chirurgici si fermano sotto il 20%. L'area oncologica è quella che risente maggiormente delle attese per ottenere un esame diagnostico (18,2% delle segnalazioni); segue la ginecologia/ostetricia (circa 16%) e la cardiologia (14,4%). In particolare l'ecografia (8 mesi), la risonanza magnetica o TAC (10 mesi) e la mammografia (12 mesi) sono gli esami per cui le segnalazioni indicano i tempi più lunghi. Per quanto riguarda le visite specialistiche è l'oculistica quella maggiormente segnalata per ritardi

(19,7%), seguita dalla cardiologia (10,1%) e dall'odontoiatria (10,1%). L'attesa può durare anche 1 anno per una visita urologica, più di 8 mesi per una visita oculistica.

Tuttavia, occorre sottolineare che questi dati propongono una lettura indiretta del fenomeno, poiché si tratta di segnalazioni dei cittadini al Tribunale per i Diritti del Malato. Pertanto, non trattandosi di dati raccolti con un questionario specifico sulla popolazione dei pazienti o di dati primari degli erogatori, i tempi così stimati tendono probabilmente a sovrastimare il fenomeno.

Un'indagine strutturata sul tema dei tempi d'attesa per le prestazioni di diagnostica strumentale è stata svolta dalla Fondazione CENSIS per il Ministero della Salute (2010) contattando telefonicamente 1.184 cittadini italiani. La Tabella 7.1 mostra come complessivamente i pazienti intervistati abbiano indicato che il tempo intercorso fra la prenotazione e l'erogazione dell'accertamento diagnostico è stato in media di 50 giorni. I dati fanno osservare delle oscillazioni piuttosto limitate in base alla variabile territoriale; peraltro è nelle regioni del Centro che si rilevano i valori più alti (54 giorni di attesa media) e al Nord-Est quelli più bassi (media di 46 giorni). Anche la distribuzione dei dati per classi di tempi d'attesa non fa osservare oscillazioni particolarmente rilevanti; di nuovo emerge comunque come al Centro siano più frequenti che nel resto del paese i casi di attese che hanno superato i 3 mesi (il 16% contro il 13,6% nazionale).

È tuttavia dall'analisi per tipo di prestazione e struttura erogatrice che emergono le differenze più evidenti e si identificano le informazioni più significative (Tabella 7.2). Anzitutto non si rilevano differenze tra le attese negli ospedali e nei poliambulatori territoriali pubblici (in ambedue i casi il valore è pari a 57 giorni), ma nelle strutture private convenzionate le attese si riducono a 27 giorni. Dal confronto per tipologia si osserva come nel privato accreditato i tempi di attesa risultino generalmente più contenuti per radiografie tradizionali, tracciati

Tabella 7.1 **La durata della lista di attesa per prestazione diagnostica, per ripartizione geografica (valori % e numero medio di giorni) (2009)**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Meno di 1 settimana	20,1	19,4	20,0	27,8	22,3
Tra 7 e 15 giorni	19,6	22,2	21,3	15,3	18,9
Tra 16 giorni e 1 mese	22,3	25,0	22,7	26,4	24,0
Tra 1 e 3 mesi	24,6	20,8	20,0	17,4	21,1
Oltre 3 mesi	13,4	12,5	16,0	13,2	13,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<i>Media giorni</i>	<i>51</i>	<i>46</i>	<i>54</i>	<i>48</i>	<i>50</i>
<i>Media mesi</i>	<i>1,7</i>	<i>1,5</i>	<i>1,8</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>

Fonte: Ministero della salute (2010)

Tabella 7.2 **La durata media della lista di attesa, per tipologia di accertamento e tipo di struttura erogatrice (valori medi in giorni) (2009)**

	Ospedale Pubblico	Poliambulatorio Pubblico	Struttura Privata	Totale
Rx (radiografia tradizionale)	61	36	7	41
Esame radiografico complesso <sup>(1)</sup>	89	72	73	83
ECG (elettrocardiogramma) <sup>(2)</sup>	48	20	10	31
EEG (elettroencefalogramma) <sup>(2)</sup>	24	–	10	18
Ecografia <sup>(3)</sup>	44	66	25	42
Esame endoscopico (gastroscopia, colonscopia, broncoscopia ecc.)	46	73	78	54
TC (tomografia computerizzata)	46	73	49	53
RM (risonanza magnetica) <sup>(4)</sup>	65	91	15	52
PET (tomografia a emissione di positroni) o scintigrafia <sup>(5)</sup>	40	122	–	48
Altro esame strumentale	95	185	28	100
<b>Totale</b>	<b>57</b>	<b>57</b>	<b>27</b>	<b>50</b>

Note:

(1) Si intendono le radiografie digitali, fluoroscopie, mammografie e radiografie con mezzo di contrasto (angiografie, coronarografie ecc.).

(2) Si intendono anche Holter (esame nelle 24 ore).

(3) Si intendono anche eco-doppler, ecocardiografie ecc.

(4) Si intendono anche RM con mezzo di contrasto.

(5) Si intendono anche altre tecniche diagnostiche di medicina nucleare.

Fonte: Ministero della salute (2010)

elettrocardiografici ed elettroencefalografici e soprattutto risonanza magnetica nucleare, mentre per esami radiografici complessi<sup>3</sup> e TC le attese siano uguali o superiori al pubblico. Le differenze nei tempi d'attesa medi tra ospedale e poliambulatorio sembrano invece variare in funzione del livello di specializzazione clinica e tecnologica che gli esami richiedono. Infatti, per gli esami meno complessi (radiografie ed ECG) si registrano attese assai più ridotte nei poliambulatori rispetto all'ospedale, mentre per quelli che prevedono tecnologie più sofisticate o operatori particolarmente specializzati i tempi risultano nettamente più contenuti in ospedale.

Complessivamente, a conferma dei dati del Rapporto PiT Salute 2011, gli esami per cui si registrano lunghe attese (con l'eccezione delle prestazioni che ricadono nella definizione «altro») sono gli esami radiografici complessi (in questa definizione rientrano anche gli screening mammografici), per i quali l'attesa media raggiunge 83 giorni, seguiti dagli esami endoscopici, TC, RM e PET.

<sup>3</sup> Si intendono le radiografie digitali, fluoroscopie, mammografie e radiografie con mezzo di contrasto (angiografie, coronarografie ecc.).

## 7.3 L'evoluzione del quadro di riferimento normativo

### 7.3.1 La normativa fino al 2000

La legislazione che affronta il problema dei tempi d'attesa compare già con la legge istitutiva del SSN (L. 23 dicembre 1978 n. 833), all'articolo 25 (commi 8-10), dove si affermava che «l'utente può accedere agli ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse [...]». Le USL attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture». Questa norma rappresenta un primo tentativo di conciliare le esigenze di una tempestiva risposta ai bisogni di salute del cittadino e gli ambiti di azione del servizio pubblico. Si trattava, in ogni caso, di una possibilità circoscritta a quelle prestazioni per le quali le Unità Sanitaria Locali avevano stipulato una convenzione con una o più strutture private, e si richiedevano altre condizioni: il cittadino doveva richiedere, per ogni singola prestazione, l'autorizzazione della USL di competenza e il rilascio era condizionato all'impossibilità delle strutture pubbliche a soddisfare la richiesta entro tre giorni.

La cosiddetta «regola dei 3 giorni» è stata superata teoricamente con l'entrata in vigore del D.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. e, concretamente, con l'avvio del sistema di autorizzazione e accreditamento. In quest'ambito, infatti, si prevede che il cittadino abbia una libertà di scelta sul luogo di cura (da cui il superamento dell'obbligo di una previa autorizzazione della USL) tra le strutture pubbliche e private accreditate.

Negli anni '90 il tema dei tempi di attesa viene spesso ripreso anche nelle manovre finanziarie, dove si includono aspetti di dettaglio gestionale importanti. Ne è un esempio la legge 724/1994 («Misure di razionalizzazione della finanza pubblica») dove si stabilisce per ogni azienda la creazione di registri di prenotazione dei servizi di ricovero e specialistica, rendendo di fatto disponibili i dati sulle prenotazioni in ciascuna sede di erogazione. In seguito, il DPCM del 19 maggio 1995 «Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari» si sofferma invece maggiormente sull'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino<sup>4</sup>, ribadisce l'obbligo per le aziende di predi-

<sup>4</sup> Lo schema si rapporta a quanto previsto dalla legge fondamentale in materia di accesso ai servizi, la legge 241/1990 («Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi») che ha dettato le nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, viste nel momento dell'esercizio di poteri autoritativi. La «Carta» è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità e tempestività dei servizi erogati. La Carta dei servizi, pertanto, deve indicare quali prestazioni sanitarie eroga l'azienda sanitaria (USL o AO), con quali modalità di accesso e con quali tempi di attesa.

sporre i «registri di prenotazione» con indicazioni dei tempi massimi di attesa ed estende la consultazione di questi ultimi presso tutti i centri di prenotazione dell'USL, uffici informazioni, medici di famiglia e farmacie. Ulteriori indicazioni specifiche si trovano nel D.lgs. 124/1998 che affida alle regioni il compito fondamentale di individuare, secondo principi e criteri indicati, le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dettando contestualmente le regole secondo le quali ASL e AO determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di effettuazione e la data di erogazione di una determinata prestazione, sottolineando, ancora una volta, l'importanza della comunicazione all'utenza. Parimenti, si chiede anche al cittadino una precisa responsabilità nell'uso dei servizi; infatti «l'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione».

In seguito, il PSN 1998-2000 richiama la necessità di adottare significativi interventi per abbattere le liste di attesa, anche tramite linee guida cliniche o protocolli diagnostico-terapeutici.

### 7.3.2 Gli interventi e i Piani di Contenimento dei Tempi d'Attesa dopo il 2000

Dal 2000, il tema delle liste di attesa trova una collocazione specifica e rilevante nell'ambito della definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), in quanto il D.lgs. 229/1999 sul riordino del SSN e il provvedimento di «Definizione dei LEA» adottato con il DPCM 29 novembre 2001, pongono la necessità di chiarire non solo quali prestazioni il SSN deve erogare ai cittadini, ma anche con quali caratteristiche (sicurezza, qualità e tempestività). Le riflessioni sui LEA e i tempi di attesa portano all'adozione, in rapida successione, di due importanti accordi sul tema delle liste di attesa (14 febbraio 2002 e 11 luglio 2002), stipulati nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni. I documenti hanno il compito di individuare le soluzioni più efficaci per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie e modalità d'accesso. L'accordo di luglio affronta inoltre il problema del monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, focalizzando l'attenzione sui ricoveri in elezione e sul primo accesso alle prestazioni ambulatoriali. I due accordi del 2002 non sostituiscono quanto già previsto dal D.lgs. 124/98, ma integrano il precedente disposto normativo, investendo le regioni dell'obbligo di indicare i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza, e di definire le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse. Inoltre, i Direttori Generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono resi responsabili dell'attuazione delle disposizioni previste (l'inadempienza incide sulla possibilità di compenso aggiuntivo dei DG.)



Un ulteriore passo in avanti nel definire il razionale per la riduzione dei tempi di attesa e l'utilizzo del modello delle priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche si trova nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. La riduzione dei tempi di attesa diventa, nel PSN 2003-05, una modalità per l'attuazione dei LEA e una priorità strategica. L'orientamento è definire l'equilibrio fra la complessità ed urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, e in questo senso c'è una chiara indicazione sulle priorità per l'accesso alle prestazioni. Sostanziale nel PSN 2003-05 è anche il passaggio alla misurazione sistematica dei tempi di attesa dei cittadini (superando le modalità di autoreferenzialità degli erogatori e delle aziende) e l'implementazione del sistema di classificazione basato sulle priorità, strumento indispensabile per poter garantire a tutti i pazienti una risposta che rispetti i principi di efficacia, appropriatezza, accessibilità ed equità.

Nel PSN 2006-08 vi è una conferma degli indirizzi già presenti nelle normative precedentemente citate, con una sottolineatura in merito all'appropriatezza, alla diffusione dei Centri Unici di Prenotazione (CUP) e all'utilizzo sistematico delle priorità per l'accesso (sia in termini generali, sia più marcatamente per alcuni settori, quali l'oncologia e l'urgenza).

A complemento del PSN 2006-08 viene definito il Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA), approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 marzo 2006, che, tra gli elementi più significativi, stabilisce:

- ▶ l'obbligo di definire i tempi massimi d'accesso garantiti per una serie di prestazioni di ampio utilizzo;
- ▶ il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni (sono previste sanzioni amministrative per i trasgressori);
- ▶ l'uso sistematico delle priorità per l'accesso alle prestazioni;
- ▶ il potenziamento dei CUP, anche con uno specifico finanziamento.

Il PNCTA ha inoltre definito nel dettaglio una serie di aspetti, tra i quali i contenuti dei piani regionali ed aziendali e l'elenco delle prestazioni (da aggiornare annualmente d'intesa tra Governo e Regioni) per le quali stabilire i tempi massimi di attesa da garantire ad almeno il 90% dei cittadini. Le prestazioni sono state selezionate considerando ambiti ove si ritiene maggiore il livello di inappropriatezza (oncologia, cardiovascolare), oppure ad alta domanda (visite specialistiche), alta complessità tecnologica o che presentino forti differenze di accessibilità tra le regioni. In totale sono state selezionate 100 prestazioni ambulatoriali e di ricovero per le quali è stato individuato un tempo massimo d'attesa che le regioni devono garantire.

Ancora una volta, la legge finanziaria del 2005 incorpora disposizioni vincolanti sul tema delle liste d'attesa stabilendo che le regioni sono tenute ad alcuni adempimenti per accedere agli ulteriori finanziamenti del SSN per gli anni 2006, 2007 e 2008, tra cui:

- ▶ l'attivazione nel nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa;
- ▶ la previsione che a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del PNCTA provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;
- ▶ la previsione che le regioni adottino, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti operanti sul proprio territorio, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministero della Salute.

Alla luce di quanto sopra riportato, si evidenzia come il quadro normativo di riferimento si è recentemente evoluto, fino a rendere obbligatorie una serie di azioni, tra le quali si segnalano l'indicazione all'uso sistematico delle classi di priorità come primo strumento per garantire l'equità e la risposta tempestiva ai bisogni dell'utente (si veda ad esempio l'esperienza dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei, Mariotti 2006), la definizione dei tempi massimi garantiti per una numerosa serie di prestazioni di ampia diffusione e il divieto alla sospensione delle prenotazioni.

### 7.3.3 Il Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2010-2012

Il nuovo Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2010-12, approvato nel novembre 2010, è il riferimento normativo più recente sul tema dei tempi d'attesa insieme al PSN 2011-13. Il Piano aggiorna l'elenco delle prestazioni ambulatoriali, diagnostiche e di assistenza ospedaliera per le quali vengono fissati i tempi massimi d'attesa stratificati in base a modelli di priorità clinica definiti sul principio di appropriatezza espresso dai LEA<sup>5</sup>. Inoltre, individua le aree cardiovascolare e oncologica quali prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici (PDT) e fissa anche qui i tempi massimi d'attesa da garantire.

Per quanto attiene le prestazioni specialistiche ambulatoriali, sono richiamate quattro classi di priorità d'attesa: classe U (urgente) prestazioni garantite entro 72 ore; classe B (breve) per prestazioni garantite entro 10 giorni; classe D (differibile) tra 11 e 30 giorni per le visite specialistiche e tra 11 e 60 giorni per le prestazioni strumentali; classe P (programmata) oltre 30 giorni per le visite specialistiche/oltre 60 giorni per gli esami strumentali e, comunque, in entrambi i casi entro 180 giorni.

<sup>5</sup> In alcune realtà regionali e/o aziendali il tema dell'appropriatezza per ridurre i tempi d'attesa viene affrontato con l'attuazione del sistema RAO (Raggruppamenti Attesa Omogenei), una procedura sperimentale che prevede la stesura e l'applicazione di protocolli d'intesa condivisi tra prescrittori ed erogatori di prestazioni, con la finalità di assicurare l'attribuzione corretta ai pazienti dei criteri di priorità di accesso alle prestazioni che devono effettuare.

Il Ministero della Salute, nell'attuazione del Piano, ha posto particolare enfasi sull'aspetto del monitoraggio e verifica del rispetto dei tempi massimi d'attesa così definiti. Attualmente, sono oggetto di monitoraggio i tempi massimi d'attesa di 14 visite specialistiche e 29 prestazioni diagnostiche<sup>6</sup> tramite l'utilizzo di specifici flussi informativi aziendali<sup>7</sup>. La Tabella 7.3 riporta l'elenco completo delle prestazioni extra-ospedaliere oggetto di monitoraggio.

Anche per gli interventi chirurgici in elezione (ricoveri ordinari e *day hospital* o *day surgery*), vengono proposti quattro classi di priorità già individuate nel Piano 2006-2008: classe A casi clinici che possono aggravarsi rapidamente da eseguirsi entro 30 giorni; classe B casi clinici di intenso dolore, o gravi disfunzioni, o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente da eseguirsi entro 60 giorni; classe C casi clinici con minimo dolore e senza segni di aggravamento da eseguirsi entro 180 giorni; classe D casi clinici che non causano dolore, disfunzioni o disabilità da garantire entro 12 mesi.

L'elenco delle prestazioni di assistenza ospedaliera oggetto di monitoraggio dei tempi massimi d'attesa ricomprende 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario, come elencato in Tabella 7.4.

Infine, i tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie cardiovascolari e oncologica, non potranno essere superiori a 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

Il nuovo Piano, inoltre, assegna un ruolo strategico ai CUP e prevede l'utilizzo di una quota di risorse da vincolare per specifici progetti regionali per il loro potenziamento utilizzando anche quanto previsto nel Piano *e-gov* 2012, obiettivo 4 – Progetto «Reti centri di prenotazione». Grande importanza assumono inoltre i controlli: massima sorveglianza sull'attività in *intramoenia* dei medici, con flussi informativi diversificati per le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri, e

<sup>6</sup> Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche / terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di *screening*.

<sup>7</sup> Gli strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa individuati dal PNGLA 2010-12 sono:

- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità *ex ante*, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
- il flusso informativo con modalità *ex post*, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi di cui al punto 7.1.A;
- il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
- il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;
- il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni.

Tabella 7.3 **Elenco visite specialistiche e prestazioni diagnostiche oggetto di monitoraggio regionale per i tempi d'attesa secondo PNGLA 2010-2012**

Visite specialistiche	Diagnostica per immagini	Altri esami specialistici
Visita cardiologia	mammografia	Colonscopia
Visita chirurgia vascolare	TC senza e con contrasto torace	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
Visita endocrinologica	TC senza e con contrasto addome superiore	Esofagogastroduodenoscopia
Visita neurologica	TC senza e con contrasto addome inferiore	Elettrocardiogramma
Visita oculistica	TC senza e con contrasto addome completo	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
Visita ortopedica	TC senza e con contrasto capo	Elettrocardiogramma da sforzo
Visita ginecologica	TC senza e con contrasto rachide e speco vertebrale	Audiometria
Visita otorinolaringoiatrica	TC senza e con contrasto bacino	Spirometria
Visita urologica	RMN cervello e tronco encefalico	Fondo Oculare
Visita dermatologica	RMN pelvi, prostata e vescica	Elettromiografia
Visita fisiatrica	RMN muscoloscheletrica	
Visita gastroenterologica	RMN colonna vertebrale	
Visita oncologica	Ecografia capo e collo	
Visita pneumologica	Ecocolordoppler cardiaca	
	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	
	Ecocolordoppler dei vasi periferici	
	Ecografia addome	
	Ecografia mammella	
	Ecografia ostetrica – ginecologica	

Fonte: Ministero della Salute, PNGLA 2010-2012

Tabella 7.4 **Elenco ricoveri ospedalieri oggetto di monitoraggio regionale per i tempi d'attesa secondo PNGLA 2010-2012**

Prestazioni in day hospital / day surgery	Prestazioni in ricovero ordinario <sup>(2)</sup>
Chemioterapia <sup>(1)</sup>	Interventi chirurgici tumore mammella
Coronarografia	Interventi chirurgici tumore prostata
Biopsia percutanea del fegato <sup>(1)</sup>	Interventi chirurgici tumore colon retto
Emorroidectomia	Interventi chirurgici tumori dell'utero
Riparazione ernia inguinale <sup>(1)</sup>	By pass aortocoronarico
	Angioplastica Coronarica (PTCA)
	Endoarteriectomia carotidea
	Intervento protesi d'anca
	Interventi chirurgici tumore del polmone
	Tonsillectomia

Note:

(1) Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale *setting* assistenziale.

(2) Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di *day hospital* o *day surgery* svolgeranno il monitoraggio in tale *setting* assistenziale.

Fonte: Ministero della Salute, PNGLA 2010-2012

monitoraggio *ad hoc* anche per la comunicazione sulle liste d'attesa da parte delle strutture, anche attraverso i rispettivi siti *web*. Fondamentale nel testo del Piano è l'indicazione di promuovere l'informazione sistematica ai cittadini sulle liste di attesa attraverso campagne informative e sezioni dedicate facilmente accessibili sui siti *web* delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. Si tratta di un vero e proprio monitoraggio per permettere di conoscere in tempo reale la situazione delle liste di attesa. Operativamente, si ribadisce quanto già espresso nel PNCTA 2006-08 per la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi d'attesa poiché i risultati sulla diffusione dell'informazione sono piuttosto eterogenei in termini di tipologia di informazioni disponibili e livello di aggiornamento (indagine AGENAS, 2011).

In quanto documento d'intesa Stato – Regioni, il PNGLA 2010-12 è stato recepito dalle varie regioni con Piani attuativi regionali (Tabella 7.5), che, talvolta, sono intervenuti in aggiunta a quanto stabilito a livello nazionale. I documenti regionali per la maggior parte sono identici a quello nazionale; alcune regioni (es. Friuli Venezia Giulia) includono ulteriori prestazioni oggetto di monitoraggio e contengono specifiche ed interventi prioritari su cui il SSR intende investire per il contenimento delle liste d'attesa. I piani regionali così definiti sono suc-

Tabella 7.5 **Riepilogo Piani Attuativi Regionali Liste d'Attesa al 30 Aprile 2012**

Regione	Provvedimento adozione (PRGLA 2010-2012)
Piemonte	DGR 2-2481 del 29 luglio 2011
Valle d'Aosta	DGR 1293 del 3 giugno 2011
Lombardia	DRG 1775 del 24 maggio 2011
PA Bolzano	DGP 856 del 23 maggio 2011
PA Trento	DGP 1071 del 7 maggio 2010
Veneto	DGR 863 del 21 giugno 2011
Friuli Venezia Giulia	DGR 1439 del 28 luglio 2011
Liguria	DGR n. 545 del 20 maggio 2011
Emilia Romagna	DGR 925 del 27 giugno 2011
Toscana	DGR 493 del 13 giugno 2011
Umbria	DGR 48 del 24 gennaio 2011
Marche	DGR 1040 del 18 luglio 2011
Lazio	DGR 613 del 29 dicembre 2010
Abruzzo	DGR 575 del 11 agosto 2011
Molise	DGR 151 del 21 marzo 2011
Campania	DGR 484 del 04 ottobre 2011
Puglia	DGR 1397 del 24 giugno 2011
Basilicata	DGR 907 del 19 giugno 2006
Calabria	DPGR 126 del 02 dicembre 2011
Sicilia	DA 1220 del 30 giugno 2011
Sardegna	DGR 20/3 del 26 aprile 2011

cessivamente recepiti dalle aziende sanitarie con i piani attuativi aziendali, nei quali le singole aziende definiscono le modalità organizzative e le relative tempistiche di risposta alle classi di prestazioni, sempre nel rispetto dei tempi massimi previsti. In caso di mancata individuazione della tempistica massima da parte delle regioni o delle aziende, si applicano direttamente i parametri fissati dal Piano nazionale (ad esempio, massimo 30 giorni per le visite specialistiche e 60 per le strumentali, quando non ci sono necessità d'urgenza).

#### 7.4 Quali informazioni sui tempi di attesa: la prospettiva del cittadino

Nel capitolo abbiamo spesso suggerito che una possibile strategia sulle liste e i tempi di attesa consista nel rivolgersi direttamente al cittadino potenziale fruitore dei servizi sanitari mediante un'adeguata informazione, educazione e comunicazione. Una partecipazione consapevole dei pazienti nell'accesso alle prestazioni sanitarie determina un utilizzo maggiormente appropriato ed efficace dei servizi (Eilers, 2004).

La normativa ribadisce la necessità di adottare strumenti di informazione trasparenti, aggiornati e facilmente consultabili sui servizi e i livelli di qualità offerti; indicazioni sono contenute nel richiamo alla Carta dei Servizi pubblici sanitari introdotta nel 1995 e nelle successive misure specifiche per i tempi e liste d'attesa adottate dal PNCTA 2006-2008 e recentemente ribadite nel PNGLA 2010-2012. Va tenuto conto che, molto spesso, l'informazione, pur presente nel settore sanitario, è frammentata e dispersa e che il problema, quindi, non risiede tanto nella produzione di maggiori informazioni o nell'affannosa ricerca di nuovi mezzi per la loro diffusione, quanto piuttosto nel rendere la comunicazione tra aziende sanitarie e cittadini chiara, semplice e quindi di facile accesso. È il caso dei dati quali-quantitativi relativi ai tempi e liste d'attesa, che sono di norma raccolti in flussi informativi predisposti *ad hoc* (NSIS flussi tempi d'attesa), ma per i quali informazioni omogenee e costanti per i cittadini non sono sempre disponibili, sebbene negli ultimi anni si sia investito nella promozione di canali informativi diretti quali *internet*.

La necessità per i cittadini di ricevere informazioni sui tempi d'attesa attraverso i siti *web* di regioni e aziende sanitarie è affermata sia a livello nazionale (PNGLA 2010-2012)<sup>B</sup> che internazionale (Björnberg, 2012). Sull'utilizzo di *internet* «quale strumento di comunicazione dei dati sui tempi di attesa nei siti *web* delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale» il Mini-

<sup>B</sup> Il PNGLA 2010-2012 individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, «la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti *web* di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate».

stero della Salute ha pubblicato i risultati delle indagini che AGENAS ha condotto nel 2005, nel 2007, nel 2009 e nel 2010.

Dalla recensione di queste indagini risulta uno scarso utilizzo dei siti *web* istituzionali quali veicoli di comunicazione e trasparenza su informazioni relative ai tempi d'attesa. Di seguito si riportano i principali risultati riferiti all'indagine condotta nel novembre 2010 sui siti *web* delle ASL e AO; successivamente si presentano in modo comparativo gli elementi comuni e le differenze tra le regioni nella presentazione e diffusione dei dati sui tempi d'attesa, partendo dall'analisi dei siti *web* delle direzioni regionali da noi condotta nell'aprile del 2012.

La relazione AGENAS del 2011 (per un approfondimento si veda il Rapporto disponibile *on line* sul sito AGENAS) delinea un quadro aggiornato degli erogatori pubblici che rendono disponibili sui siti istituzionali i dati dei tempi e liste d'attesa, delle tipologie di informazioni disponibili ai cittadini e delle modalità di rilevazione delle stesse. Nello specifico (Tabella 7.6), il 57% dei siti *web* delle ASL (95 su 166) presenta dati su tempi d'attesa, con un incremento del 16% rispetto all'indagine 2009; il 47% dei siti *web* delle aziende ospedaliere (40 su 85) e il 21% dei siti *web* degli IRCCS<sup>9</sup> (21 su 100) presentano dati su tempi reali e/o massimi d'attesa; infine, per quanto riguarda i siti *web* dei policlinici universitari, l'indagine evidenzia che solo il 14% (1 su 7) riporta dati su tempi reali e/o massimi d'attesa.

Il report del 2010 registra un trend crescente della disponibilità dei dati tramite *internet*. L'indagine conferma comunque il gradiente decrescente, rispetto alla presenza di informazioni sui tempi d'attesa, delle strutture sanitarie del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud/Isole. La quasi totalità dei siti di ASL e AO in cui esistono dati sui tempi d'attesa rende visibile il tempo di attesa minimo, la prima data prenotabile in una delle strutture della regione, ma talvolta sono

Tabella 7.6 **Presenza dei dati sui tempi reali e/o massimi d'attesa (2010)**

	Siti web esplorati (N)	Siti web con presenza di dati su temporeali e/o massimi d'attesa (N)	%
ASL	166	95	57%
Aziende Ospedaliere	85	40	47%
IRCCS	100	21	21%
Policlinici Universitari	7	1	14%
<b>Totale</b>	<b>358</b>	<b>157</b>	<b>44%</b>

Fonte: Rielaborato da AGENAS 2010

<sup>9</sup> L'indagine AGENAS considera la sommatoria delle sedi centrali e distaccate degli IRCCS di diritto pubblico e privato, identificati sulla base dell'elenco fornito dal Sistema Informativo del Ministero della Salute e dai siti *internet* delle singole Regioni.

presenti anche i tempi medi e/o massimi a seconda del metodo di rilevazione dei tempi d'attesa (*ex-ante* o *ex-post*, cfr. *infra*).

Per quanto riguarda i siti regionali dalla mappatura delle 21 regioni risulta come solo 10 delle 21 regioni presentano sui siti *web* istituzionali dati aggregati dei tempi d'attesa per alcune delle prestazioni considerate prioritarie nel monitoraggio. Si tratta di Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Lazio e Molise, sebbene quest'ultima non abbia aggiornato le rilevazioni dal primo semestre 2010 (Tabella 7.7).

Tutti gli erogatori di una specifica prestazione presenti sul territorio regionale sono monitorati nelle rilevazioni regionali; sono pertanto incluse anche le strutture private accreditate. Solo nel caso di Lazio e Molise i tempi d'attesa si riferiscono ai soli erogatori pubblici: ASL, AO, IRCCS, Policlinici e poliambulatori, talvolta individuati per distretto (Lazio). Punto critico è invece la lettura dei tempi e liste d'attesa per le prestazioni erogate in regime d'attività libero professionale, in quanto non è sempre dichiarato se i valori riportati nei siti *web* includono o meno questo dato; solo Lombardia ed Emilia Romagna indicano esplicitamente l'esclusione dell'attività libero professionale *intramoenia* dai dati.

Per quanto riguarda la tipologia di prestazioni sanitarie considerate (Tabella 7.8), l'attenzione si concentra sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale (prime visite) e diagnostica (tutte le 10 regioni considerate), mentre solo Piemonte, Lombardia e Friuli Venezia Giulia informano sul sito circa i tempi d'attesa degli interventi chirurgici e delle procedure invasive programmate in regime di ricovero ordinario o *day hospital*. Ad esempio, Lombardia e Friuli Venezia

Tabella 7.7 **Indirizzi dei siti *web* di Regioni e Province Autonome con presenza di dati aggregati sui tempi d'attesa al 30 Aprile 2012**

Regione	Link pagina web / sezione liste d'attesa regionale
Piemonte	<a href="http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione/category/47-visite-ed-esami-specialistici.html">http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione/category/47-visite-ed-esami-specialistici.html</a>
Valle d'Aosta	<a href="http://www.ausl.vda.it/timepage.asp?id=98&amp;l=1">http://www.ausl.vda.it/timepage.asp?id=98&amp;l=1</a>
Lombardia	<a href="http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&amp;childpagename=DG_Sanita%2FDGLLayout&amp;cid=1213480043417&amp;p=1213480043417&amp;pagename=DG_SANWrapper">http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&amp;childpagename=DG_Sanita%2FDGLLayout&amp;cid=1213480043417&amp;p=1213480043417&amp;pagename=DG_SANWrapper</a>
PA Bolzano	<a href="http://www.asdaa.it/it/tempi-di-prenotazione.asp">http://www.asdaa.it/it/tempi-di-prenotazione.asp</a>
PA Trento	<a href="http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=49219">http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=49219</a>
Friuli Venezia Giulia	<a href="http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/AT3/ARG1/FOGLIA19/">http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/AT3/ARG1/FOGLIA19/</a>
Liguria	<a href="http://www.liguriainformasalute.it/lirgw/sanita/ep/home.do">http://www.liguriainformasalute.it/lirgw/sanita/ep/home.do</a>
Emilia Romagna	<a href="http://www.tdaer.it/MAPS/">http://www.tdaer.it/MAPS/</a>
Lazio	<a href="http://www.regione.lazio.it/ri_sanita/tempiattesa/index.php">http://www.regione.lazio.it/ri_sanita/tempiattesa/index.php</a>
Molise	<a href="http://www.asrem.org/TempiAttesa.asp">http://www.asrem.org/TempiAttesa.asp*</a>

Nota:

(\*) ultimo aggiornamento dati al I semestre 2010

Fonte: nostra elaborazione



Tabella 7.8 **Tipologia di prestazioni e monitoraggio dei tempi di attesa nei siti *web* delle regioni**

Regione	Visite ambulatoriali specialistiche (non visite di controllo)	Prestazioni diagnostica	Ricoveri (ordinario e day hospital)	Prestazioni inserite in PDTA cardiovascolare e oncologia
Piemonte	X	X	X*	–
Valle d'Aosta	X	X	–	–
Lombardia	X	X	X	X
PA Bolzano	X**	X***	–	–
PA Trento	X	X	–	–
Friuli Venezia Giulia	X**	X	X	X
Liguria	X**	X	–	–
Emilia Romagna	X	X	–	–
Lazio	X	X	–	–
Molise	X**	X	–	–

Note:

(\*) Ultimo dato disponibile risale al III trimestre 2009.

(\*\*) Dai siti *web* non è esplicito se le visite di controllo successive alla prima siano considerate nella rilevazione dei tempi d'attesa.

(\*\*\*) Solo TAC e RM.

Giulia indicano i tempi per l'intervento di cataratta con e senza impianto di lenti intraoculare, l'arteriografia coronarica, l'asportazione di neoplasia della prostata e della mammella e l'artoprotesi d'anca. Per l'area cardiovascolare e oncologica, sempre Lombardia e Friuli Venezia Giulia sono le regioni in cui i tempi per i percorsi cardiovascolari e chemioterapici sono rilevati e resi disponibili ai pazienti; in Friuli Venezia Giulia sono visibili anche i tempi di refertazione degli esami istologici e citologici.

Sotto il profilo metodologico, la frequenza delle rilevazioni dei tempi di attesa è disomogenea tra le realtà osservate: si passa da aggiornamenti dei dati su base annua (Piemonte) all'aggiornamento settimanale (PA Trento); la prevalenza è la mensilità (Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano, Liguria e Lazio). Anche la modalità di rilevazione dei tempi d'attesa è disomogenea (Tabella 7.9).

La rilevazione dei dati d'attesa può essere realizzata fondamentalmente in due forme:

- ▶ *ex ante*, che consiste nella rilevazione prospettica, effettuata in un determinato periodo indice. In questo caso, il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di erogazione prospettata e la data della richiesta della prestazione rivolta all'erogatore;
- ▶ *ex post*, che consiste nella rilevazione retrospettiva, dove il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data dell'effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore.

Tabella 7.9 **Tipologia dei tempi di attesa e modalità di rilevazione nei siti web delle regioni**

Regione	Frequenza di rilevazione	Modalità di rilevazione					
		Ex Ante / Ex Post	Tempo Minimo	Tempo Massimo	Tempo Medio	Numero prenotazioni o utenti in attesa	% prestazioni erogate entro gli standard
Piemonte	Annuale	Ex Post	–	–	–	X	X
Valle d'Aosta	Mensile	Ex Ante	X	–	–	–	–
Lombardia	Mensile	Ex Ante	X	–	–	X	–
PA Bolzano	Mensile	Ex Ante	X	–	–	–	–
PA Trento	Settimanale	Ex Ante	X	–	–	–	–
Friuli VG	Trimestrale	Ex Ante / Ex Post	X	X	X	–	X
Liguria	Mensile	Ex Ante	X	–	–	–	–
Emilia Romagna	Trimestrale	Ex Ante / Ex Post	X	X	X	X	X
Lazio	Mensile	Ex Post	–	–	X	X	–
Molise	Semestrale	Ex Ante / Ex Post	–	X	X	X	X

Entrambe le modalità di rilevazione presentano vantaggi e svantaggi. La rilevazione *ex post* permette di verificare con precisione, in modo sistematico, la tutela dei principi fondamentali del SSN e, in particolare, l'effettiva possibilità di accesso alle prestazioni in tempi congrui con i bisogni di salute. Tuttavia, per motivi legati alla complessità organizzativa e alle caratteristiche procedurali dei sistemi, i dati per monitorare in questo modo i tempi d'attesa sono disponibili con un notevole ritardo, ossia a molta distanza dal momento in cui gli eventuali fenomeni negativi si sono manifestati. Per le regioni e per le aziende vi è invece la necessità di avere informazioni tempestive sull'andamento dei tempi d'attesa al fine di porre in atto le eventuali misure correttive. Per queste finalità risultano più utilizzati i sistemi di rilevazione *ex ante* che, seppur espressione di una potenzialità e non necessariamente di quello che sarà il tempo effettivo di attesa, hanno il grosso vantaggio di essere disponibili in tempi rapidi, con procedure ragionevolmente semplici, ripetibili più volte all'anno. Come illustrato nella Tabella 7.9, ben sette regioni su dieci adottano questa metodologia di rilevazione; il dato di attesa fornito è il tempo minimo di attesa, ossia la data di prima disponibilità in una delle strutture della regione (Valle d'Aosta, Lombardia, PA Bolzano, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna e Molise). Con riferimento alla modalità *ex post*, i dati fanno riferimento alle prestazioni effettivamente erogate: troviamo i valori dei tempi medi e massimi d'attesa (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Molise e Lazio solo per i valori medi) e la distribuzione percentuale delle prestazioni erogate entro gli standard (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Molise). Inoltre, metà delle regioni indica

anche il numero complessivo delle prenotazioni o degli utenti in attesa per prestazione monitorate.

Complessivamente, l'indagine mostra una grande eterogeneità di comportamenti delle regioni sulla comunicazione dei tempi d'attesa. In particolare, si registra che a primavera 2012 circa il 50% delle regioni non presenta sui propri siti dati sui tempi d'attesa per le prestazioni garantite dal sistema sanitario e che le regioni impegnate a dare comunicazione ai cittadini lo fanno con modalità nettamente diverse tra loro, rendendo difficile fare confronti e operare un monitoraggio della situazione a livello nazionale.

## **7.5 Tempi d'attesa, diritti nazionali e decentramento: riflessioni conclusive**

Il capitolo ha ricostruito il quadro normativo e di politica sanitaria sui tempi e le liste d'attesa, presentando al contempo alcuni dati sul fenomeno e sulle iniziative delle regioni italiane. Malgrado il richiamo nella legge costitutiva del Ssn nel 1978, il tema dei tempi d'attesa ha guadagnato importanza nell'agenda politica soltanto negli ultimi 15 anni, in concomitanza con l'affermarsi di un modello di sistema che riconosce la libertà di scelta dei cittadini, anche verso il settore privato accreditato e le strutture fuori regione di residenza.

In teoria, il modello italiano di libera scelta, aperto al settore privato e con sistema di remunerazione a tariffa, dovrebbe garantire tempi d'attesa contenuti. Le regole del sistema dovrebbero infatti incentivare gli erogatori a soddisfare pienamente la domanda. In pratica, tuttavia, in tutte le regioni gli erogatori, sia pubblici che privati, lavorano con tetti o comunque con regole che limitano l'espansione dell'offerta, creando situazioni di domanda inevasa. Inoltre, i sistemi tariffari, anche se sottoposti a regimi di tetti sui volumi o i ricavi, creano incentivi per orientare l'offerta verso i servizi più remunerativi, producendo differenze nei tempi d'attesa tra le diverse prestazioni.

L'impegno a livello nazionale sui tempi d'attesa è quindi pienamente comprensibile e riflette la consapevolezza del livello centrale del sistema sanitario sulla rilevanza del tema alla luce di modello istituzionale in cui Stato e regioni si distribuiscono le funzioni fondamentali in materia sanitaria. Se lo Stato è il garante della tutela della salute tramite la definizione dei LEA ed è il detentore dei poteri affinché si verifichino le condizioni per la loro esigibilità da parte dei cittadini, i tempi d'attesa risultano una dimensione fondamentale del sistema di garanzie e la loro gestione e il loro monitoraggio un elemento centrale della funzione nazionale di governo. Nella definizione delle prestazioni essenziali (i LEA) appare pertanto fondamentale affiancare, alla determinazione delle prestazioni garantite, criteri relativi ai tempi con cui esse vengono erogate.

A fronte di questa sensibilità nazionale si registra una forte eterogeneità territoriale, in cui le regioni del Sud appaiono poco impegnate a dare seguito alle indicazioni nazionali e quelle del Nord sono invece tendenzialmente attive, anche perché convinte che il monitoraggio dei tempi d'attesa sia una dimensione di valutazione fondamentale del sistema delle aziende. È importante sottolineare che i pochi dati disponibili per confronti interregionali sulle liste d'attesa non mostrano una forte eterogeneità nei risultati e non indicano questo problema come più rilevante nelle regioni del Sud. Quello che invece si è potuto verificare nell'analisi presentata in questo capitolo è che le differenze riguardano la raccolta d'informazioni sui tempi d'attesa e la loro comunicazione ai cittadini.

Inoltre, l'indagine ha messo in luce come i sistemi operativi disegnati e realizzati dalle regioni per monitorare i tempi d'attesi siano profondamente diversi tra loro, rendendo nei fatti poco significativi confronti sistematici tra le regioni. Tuttavia, per conoscere pienamente il fenomeno e permettere un ruolo effettivo del livello nazionale del Ssn nel monitoraggio dei LEA, è essenziale che venga adottato un sistema unico di rilevazione e misurazione dei tempi d'attesa. Invece, i sistemi regionali si sono sviluppati quasi indipendentemente, senza una base comune che li possa rendere utili per attività sovra-regionali di governo. A 20 anni dalla riforma, che ridefinì le responsabilità tra i livelli istituzionali del nostro sistema sanitario, non si è riusciti a giungere ad un sistema efficace di monitoraggio dei LEA sia rispetto ai servizi effettivamente erogati sia in relazione ai tempi d'attesa.

Sebbene un'analisi tecnica puntuale dei sistemi di monitoraggio delle liste d'attesa esuli dagli scopi del presente scritto, è utile proporre una considerazione generale sulle possibili misure da impiegare. Proprio per le caratteristiche del fenomeno – i ritardi nell'accesso a servizi essenziali – il monitoraggio dei tempi massimi e della parte di pazienti che è costretta a tempi di accesso più lunghi è l'aspetto più importante. I dati medi di attesa rischiano di essere poco informativi perché espressivi di una sintesi che può mascherare situazioni molto critiche, ad esempio perché la distribuzione dei tempi ha una coda con pochi valori molto elevati. Inoltre, dato il rischio che, per alcune prestazioni, il paziente si rivolga al privato (*out-of-pocket*) senza neanche entrare in lista di attesa perché i tempi prospettati sono eccessivamente lunghi, è importante un sistema di monitoraggio che includa tutte le prestazioni domandate da medici di medicina generale e specialisti, anche se poi non effettivamente erogate. Più in generale, sembrano ormai maturi i tempi per pensare a sistemi informativi che rilevino la globalità dei servizi sanitari domandati ed erogati, registrando prescrizioni e consumi a livello di singolo paziente. Soltanto sistemi informativi in grado di arrivare a questo livello di dettaglio e profondità possono fornire la base per monitorare i LEA e quindi permettere di concretizzare la funzione nazionale di «garanzia» del diritto all'assistenza sanitaria.

Nelle more di un sistema informativo nazionale adeguato e di *survey* specifiche e più approfondite per conoscere il fenomeno dei tempi d'attesa, si può ragionevolmente ritenere che il tema sia importante, ma che la situazione non sia da ritenere drammatica. Le rilevazioni disponibili suggeriscono che per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica i tempi di attesa possano essere rilevanti, nell'ordine di diversi mesi per i pazienti che aspettano di più. Si tenga presente, inoltre, che per queste prestazioni è verosimile ipotizzare che i lunghi tempi d'attesa portino una parte dei pazienti a rivolgersi al settore privato, rinunciando alla prestazione in ambito Ssn e quindi uscendo dalle liste d'attesa. Questo effetto non è da escludersi anche per alcuni interventi con ricovero ospedaliero a basso costo. Tuttavia, la vasta maggioranza dei ricoveri, anche programmati, registra minori spazi di uscita dal servizio pubblico perché richiederebbe costi molto più sostenuti per il paziente pagante. Rispetto al paziente ambulatoriale, quello ospedaliero si confronta con costi per la prestazioni decisamente maggiori (anche solo per un ricovero diagnostico) e, nell'ambito del Ssn, non deve sopportare il pagamento della compartecipazione che riduce la convenienza della prestazione pubblica rispetto a quella privata.

Quale che sia il quadro attuale, le prospettive per il futuro sono preoccupanti perché appare probabile un aggravamento della situazione per effetto della crisi economico-finanziaria. In particolare, i provvedimenti già presi dal governo in termini di aumento delle compartecipazioni, di tagli della spesa (per il personale, per le prestazioni erogate dal privato accreditato e per l'acquisto di beni), di riduzione del numero dei posti letto e quelli che potranno essere presi nei prossimi mesi avranno sicuramente degli effetti sui livelli di offerta e quindi sui tempi di attesa. Due dinamiche sono prevedibili data la natura dei provvedimenti presi e annunciati dal governo nazionale. La prima riguarda la riduzione trasversale delle risorse, che potrebbe indurre alla riduzione dei tetti di offerta delle prestazioni a fronte di una dinamica della domanda in crescita. In questo quadro è da attendersi un aumento significativo dei tempi di attesa. L'altra dinamica riguarda l'aumento delle compartecipazioni, che già agli attuali livelli portano una parte della popolazione non esente a preferire il pagamento pieno della prestazione nel settore privato. In questo caso, l'effetto sarebbe di diminuzione della domanda verso il settore pubblico da parte dei pazienti non esenti e quindi, verosimilmente, di riduzione dei tempi di attesa da parte di chi resta nel servizio pubblico.

L'effetto netto delle due dinamiche è difficile da stimare, soprattutto in carenza di maggiori elementi di dettaglio sulle nuove disposizioni relative alle compartecipazioni. Tuttavia, a prescindere dall'effetto netto sui tempi di attesa, che potrebbero anche ridursi a fronte di segmenti importanti della domanda «ri-orientati» verso il settore privato, è da rilevare il rischio di un sistema «duale», con l'assistenza specialistica extra-ospedaliera erogata dal sistema pubblico per pazienti esenti o comunque a basso reddito e dal sistema privato

per la fascia più benestante della popolazione. In questo scenario esiste il rischio concreto che si arrivi addirittura ad una caduta del gettito totale delle partecipazioni per effetto di una contrazione della domanda dei servizi coperti dal Ssn.

Dato lo scenario macro-economico, è dunque plausibile ritenere che nei prossimi anni si acuiranno le tensioni economico-finanziarie a cui è sottoposto il Ssn, con possibili maggiori barriere d'accesso dei pazienti alle prestazioni, nelle forme di partecipazioni alla spesa e lunghi tempi d'attesa. Proprio questo scenario accresce la necessità di mettere a punto idonei sistemi di monitoraggio dell'effettiva erogazione dei LEA, compresi i tempi di accesso alle prestazioni e adeguati meccanismi di definizione delle priorità, in modo che il diritto nazionale all'assistenza sanitaria sia sostanzialmente mantenuto anche in tempi di grave crisi economica e delle finanze pubbliche.

## Bibliografia

- AGENAS (2006), «Progetto Mattoni, Liste di attesa», Giugno, Roma ([http://www.agenas.it/mattone\\_tempi\\_conc.html](http://www.agenas.it/mattone_tempi_conc.html)).
- AGENAS (2011), «I tempi di attesa nei siti web di Regioni e Aziende sanitarie: la prospettiva del cittadino», Luglio, Roma.
- Björnberg A. (2012), «Euro Health Consumer Index». Health Consumer Powerhouse (<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>).
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Eilers G. (2004), «Improving patient satisfaction and waiting time», *Journal of American College Health*, 53(1), 41-45.
- Fattore G., Mariotti G. e Rebba V., «Italy», in Siciliani L., Borowitz M., Moran V. (Eds), *Waiting times in selected OECD countries*, Paris OECD, in corso di stampa.
- Mariotti G., Sommadossi R., Langiano T. e Raggi R. (1999), «Strategy to reformulate waiting lists. Italy's public health system is changing from waiting times to priority», *BMJ*, 318 (7199), pp. 1698-1699.
- Mariotti G. (2006), *Priorità cliniche in sanità*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Ministero della Salute (2001), «Rilevazione nazionale degli interventi attualizzati in tema di liste e tempi di attesa dalle Aziende Usl ed ospedaliere» ([www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_595\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_595_allegato.pdf)).
- Ministero della Salute (2010), «Cittadini e salute: La soddisfazione degli italiani per la sanità, Quaderni del Ministero della Salute», No. 5, Settembre-Ottobre.
- Ministero della Salute (2011), «4° Rapporto Nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati sui tempi di attesa nei siti web

- delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale» ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1516\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1516_allegato.pdf)).
- Rapporto CISL-FNP (2008), «Indagini sui tempi d'attesa in sanità» ([http://fnp.cisl.it/conquiste08.nsf/b826bc64b76665cdc1256bb80033ed00/c3b150776e93f15c125744f0056ad7c/\\$FILE/Indagine%20sulle%20liste%20d%27attea%20nella%20sanit%C3%A0.pdf](http://fnp.cisl.it/conquiste08.nsf/b826bc64b76665cdc1256bb80033ed00/c3b150776e93f15c125744f0056ad7c/$FILE/Indagine%20sulle%20liste%20d%27attea%20nella%20sanit%C3%A0.pdf)).
- Siciliani L. e Hurst J. (2005), «Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A comparison in 12 OECD countries», *Health Policy*, 72(2), pp. 201-215.
- Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva (2011), «*Diritti al taglio*». 14° Rapporto PIT Salute ([http://www.cittadinanzattiva.it/relazioni-annuali/cat\\_view/1-relazioniannuali/170-salute/2-rapporti-pit-salute.html](http://www.cittadinanzattiva.it/relazioni-annuali/cat_view/1-relazioniannuali/170-salute/2-rapporti-pit-salute.html)).