

Liste d'attesa in Lombardia

Cosa fare e cosa non fare per limitarle

Paolo Belardinelli

Introduzione

I tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie rappresentano un disagio reale per i pazienti nel nostro Paese. Per fare solo alcuni esempi, per un intervento chirurgico per tumore alla mammella l'attesa media è di circa 27 giorni, con un massimo di 56 giorni in Sardegna e un minimo di 16-17 giorni in Molise e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Per un intervento per tumore alla prostata, l'attesa media italiana è di 53 giorni, con attese medie massime che in Abruzzo raggiungono i 79 giorni e le minime che in Molise stanno intorno ai 15 giorni¹. Ciò è vero anche in Lombardia, dove le attese medie per gli interventi appena citati stanno intorno ai 30 e ai 67 giorni rispettivamente.

Il ministro della salute Schillaci da quando è in carica ha richiamato l'argomento più volte, osservando recentemente che “sulle liste di attesa bisogna fare un'operazione che non è solo economica e legata ai soldi, infatti bisogna razionalizzare”². Se da un lato il Ministro ha ragione nel sottolineare che la spesa sanitaria pubblica non sia sempre allocata nel migliore dei modi, per usare un eufemismo, dall'altro lato tale dichiarazione sembra quasi un avvertimento alle regioni: le risorse non ci sono e se la spesa sanitaria pubblica aumenterà, sarà solo di poco. Non sarebbe una novità. Escludendo gli anni della pandemia, la spesa sanitaria pubblica in Italia è sostanzialmente stabile dal 2010. Essendo le liste d'attesa, come si cercherà di mostrare in questo briefing paper, una naturale conseguenza della limitazione dell'offerta dei servizi sanitari, ridurre le liste d'attesa senza più risorse per espandere l'offerta risulta piuttosto complicato. In questo contesto, le regioni si trovano a dovere cercare soluzioni più o meno creative per tentare di incidere sulle liste d'attesa senza aumentare la spesa. La Lombardia è un caso esemplare. Nell'ultimo anno della

KEY FINDINGS

- Le liste d'attesa sono uno dei principali problemi del sistema sanitario nazionale italiano in tutte le regioni. La Lombardia su questo punto non fa eccezione.
- Le liste d'attesa sono la conseguenza di un sistema che da un lato si pone l'obiettivo di garantire accesso universale e (quasi) gratuito a tutti i pazienti, ma dall'altro lato ha a disposizione risorse pubbliche scarse.
- Le liste d'attesa sono significative soprattutto presso le strutture che vengono scelte con maggiore frequenza dai pazienti, che tipicamente sono anche quelle con esiti clinici migliori.
- Due delibere approvate dalla Regione Lombardia tentano di introdurre incentivi monetari principalmente penalizzando le strutture che erogano prestazioni in ritardo.
- Gli effetti di tali interventi saranno, nel migliore dei casi, pressoché nulli. Potrebbero addirittura produrre conseguenze negative dovute alla riduzione delle risorse a disposizione, producendo un peggioramento della qualità media delle prestazioni.
- Nelle delibere più recenti la Regione Lombardia ha parzialmente corretto il tiro.
- Lo studio tratteggia alcune indicazioni di policy su come affrontare il problema.

1 Cittadinanzattiva. 2022. *Rapporto civico sulla salute 2022*.

2 Dichiarazione durante la presentazione del progetto “Diamo voce alla SLA”, [riportata da Quotidiano Sanità](#).

legislatura appena conclusa, la Regione è stata molto attiva nel produrre provvedimenti che tentano di recuperare i ritardi accumulati negli anni e poi esplosi durante la pandemia. Sono almeno otto le delibere approvate dalla regione a tal fine nel corso dell'ultimo anno di legislatura del governo lombardo uscente.³

Questo briefing paper analizza in particolare due delibere approvate dalla Regione, ovvero le delibere 5883 e 6255, e le loro potenziali conseguenze. Per perseguire l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa, tali delibere tentano di introdurre incentivi monetari per le strutture ospedaliere, principalmente penalizzando i ritardi nelle prestazioni. Si tratta di un intervento che sembra in linea con lo spirito del ministro Schillaci, per cui penalizzando i ritardi e premiando le prestazioni fatte nei tempi previsti dalle classi di urgenza, a parità di risorse, si può tentare di "razionalizzare" e migliorare lo status quo. L'analisi inclusa in questo paper mostra che le conseguenze di tali interventi saranno, nel migliore dei casi, pressoché nulle. Mentre, nel peggiore dei casi, potrebbero innescarsi conseguenze non intenzionali dovute alla riduzione delle risorse a disposizione delle strutture ospedaliere di riferimento, ovvero quelle che attraggono più pazienti ma che, avendo budget limitati a causa della regione stessa, non possono soddisfare la domanda nei tempi desiderati e per questo hanno liste d'attesa più lunghe. Dal momento che presumibilmente i pazienti preferiranno rivolgersi a tali strutture anche in futuro, pur magari dovendo aspettare più a lungo che altrove, specialmente per cure ad alta complessità, il risultato sarà quello di penalizzare le migliori strutture e, in ultima analisi, i pazienti stessi.

Il problema

In ogni sistema sanitario moderno esiste una tensione tra tre principi: accesso universale alle prestazioni, esenzione dal pagamento delle stesse per i pazienti e sostenibilità del sistema.⁴ Per un dato livello di risorse stanziato dalla fiscalità generale, un sistema in cui non esistono limiti all'accesso alle cure e in cui ai pazienti non viene chiesto alcun pagamento per le stesse, chiaramente non sarebbe sostenibile. Esistono vari meccanismi per porre un limite alla domanda di cure. In Italia, il ticket sanitario è uno di questi. Esso rappresenta il tentativo di fare leva sul meccanismo dei prezzi e introdurre una forma di compartecipazione da parte dei pazienti che, da un lato, dovrebbe ridurre la domanda e, dall'altro lato, fornire risorse aggiuntive necessarie a produrre quelle cure.

Il principale di questi meccanismi volti a razionare la domanda è dato dal-

3 DGR 5883 di gennaio 2022, DGR 6002 di febbraio 2022, DGR 6255 di aprile 2022, DGR 6279 di aprile 2022, DGR 6610 di giugno 2022, DGR 7226 di ottobre 2022, DGR 7475 di novembre 2022, DGR 7819 di gennaio 2023.

4 Kling, A. (2009). *La sanità in bancarotta. Perché ripensare i sistemi sanitari*. Torino, IBL Libri, 2009.

le liste d'attesa. In altre parole, prima ancora che essere un problema le liste d'attesa rappresentano una condizione data dalla scarsità. Questo è soprattutto vero in un sistema ispirato a un modello Beveridge come quello italiano, in cui le cure vengono finanziate da un unico soggetto, ovvero la pubblica amministrazione, tramite la fiscalità generale. A fine anno, con la legge di bilancio, il parlamento e il governo decidono come ripartire la spesa pubblica nell'anno successivo e dunque quanta parte dedicarne alla sanità. Un sistema estremamente centralizzato, almeno per quanto attiene alla copertura dei costi. E' noto infatti che per quanto riguarda l'organizzazione e l'erogazione del servizio, il sistema sanitario italiano è caratterizzato da un certo grado di conflitto tra vari livelli di governo e in particolare tra regioni, le quali hanno importanti responsabilità di carattere amministrativo, e governo nazionale, che mantiene la facoltà di determinare gli obiettivi strategici. Ma le risorse a disposizione delle regioni sono in gran parte definite dal governo centrale, e solo in minima parte dalle regioni stesse tramite una quota dell'IRAP e le addizionali regionali IRPEF.

Così alla Regione Lombardia, come agli altri governi regionali, a fine anno viene assegnato un budget che dovrà essere speso nell'anno successivo. Prima che scoppiasse la pandemia, nel 2019, il budget lombardo da dedicare alla sanità era pari a circa 18,4 miliardi. In altre parole, semplificando un poco, nel 2019 le cure richieste dai cittadini lombardi oltre il valore di 18,4 miliardi non potevano essere erogate a carico del Sistema Sanitario Nazionale. In questo caso, i pazienti hanno due possibilità: pagare le cure di tasca propria, tramite assicurazione privata o pagando a prestazione (la cosiddetta spesa out-of-pocket), o aspettare l'anno successivo, quando il nuovo budget coprirà la spesa necessaria. Da qui le liste d'attesa, che in questo senso rappresentano una soluzione al problema delle risorse scarse.

Nondimeno, lunghe liste d'attesa possono rappresentare un grave problema per un sistema sanitario, per almeno due motivi. Primo, perché possono generare disuguaglianze nell'accesso alle cure. La letteratura internazionale che mostra il generarsi di queste disuguaglianze è piuttosto vasta e esistono evidenze anche relative al nostro Paese. Per esempio, in uno studio pubblicato su *Health Policy* nel 2018, Landi, Ivaldi e Testi mostrano come per gli italiani a reddito e livelli di istruzione più bassi sia più probabile essere costretti a tempi di attesa eccessivi.⁵ I meccanismi che spiegano queste associazioni sono da identificarsi nel fatto che le persone di livello socio-economico alto vivono in zone in cui c'è più disponibilità di cure, hanno più possibilità di scegliere e muoversi verso gli erogatori con tempi di attesa più brevi e dispongono di una rete di conoscenze più ampia che consente

5 Landi, S., Ivaldi, E., & Testi, A. (2018). Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy*, 122(4), 334-351.

loro di esercitare una certa pressione sul sistema.⁶ Il secondo motivo per cui lunghe liste d'attesa rappresentano un problema è che cure ricevute in ritardo potrebbero compromettere i risultati dei trattamenti. Anche in questo caso esistono ampie evidenze a sostegno di questa ipotesi. In particolare, la letteratura suggerisce che la gravità dell'effetto possa dipendere dal tipo di prestazione necessaria e possa peggiorare all'aumentare dell'attesa.⁷

In Italia, le liste d'attesa rappresentano un problema da diverso tempo e in tutte le regioni. La Lombardia, che rappresenta per molti aspetti un'eccezione rispetto agli altri sistemi sanitari regionali del nostro Paese, soprattutto per quanto attiene alla governance, su questo punto non si discosta dalla media nazionale. A titolo di esempio, la tabella che segue mostra i tempi di attesa medi per alcuni interventi chirurgici in ambito oncologico e cardiologico.

Tabella 1. Liste d'attesa in Italia e in Lombardia negli ultimi anni						
Attesa media per le prestazioni		2012	2016	2019	Delta (2012 - 2019)	
Italia		Giorni	Giorni	Giorni	Giorni	%
Interventi chirurgici	Tumore alla mammella	23,2	26,7	27,0	+3,8	+16%
	Tumore alla prostata	42,6	51,4	53,0	+10,4	+24%
	Tumore al retto	23,6	25,5	23,0	-0,6	-3%
	Angioplastica coronarica	24,8	21,7	27,0	+2,2	+9%
Lombardia						
Interventi chirurgici	Tumore alla mammella	18,6	20,9	30,0	+11,4	+61%
	Tumore alla prostata	46,4	52,0	67,0	+20,6	+44%
	Tumore al retto	22,6	24,6	23,0	+4	2%
	Angioplastica coronarica	24,0	27,6	41,0	+17,0	+71%

Fonte: Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO)

Come si può vedere, se è vero che il problema delle liste d'attesa non è nuovo, è altrettanto vero che sta peggiorando. Inoltre, nell'interpretare questi dati va tenuto a mente che non vengono mostrati i tempi d'attesa medi in tempo di pandemia, non ancora disponibili. Chiaramente, la pandemia ha esasperato la situazione negli ultimi due anni, sia per effetto della maggiore richiesta di cure, sia per l'allungamento dei tempi e la maggior complessità

6 OECD. 2020. *Waiting Times for Health Services: Next in Line*. Parigi: Organization for Economic Co-operation and Development.

7 OECD. 2020. *Waiting Times for Health Services: Next in Line*. Parigi: Organization for Economic Co-operation and Development.

delle procedure legati alle precauzioni anti-Covid. Come evidenziato da un recente Rapporto a cura di Cittadinanzattiva, in Italia i tempi di attesa per interventi chirurgici, esami diagnostici e visite specialistiche durante la pandemia hanno raggiunto tempi massimi difficili da accettare, dai 720 giorni per una mammografia ai 365 giorni per un intervento cardiologico.⁸

Date queste condizioni, non è sorprendente osservare che ridurre le liste d'attesa è diventato un obiettivo politico e un oggetto di campagna elettorale per molti esponenti politici. Nonostante non sia un problema nuovo, i crescenti disagi di pazienti e cittadini fanno percepire ora, a differenza che in passato, la questione delle liste d'attesa come prioritaria. Per fare un solo esempio, a inizio giugno l'allora ministro della salute Roberto Speranza dichiarava in Senato che il recupero delle liste d'attesa "sarà il tema più importante per il nostro servizio sanitario nazionale nei prossimi mesi".⁹

In Lombardia, nel corso della legislatura appena conclusa, sono state approvate diverse delibere che tentano di intervenire sulle liste d'attesa. Alcuni interventi tentano di aumentare, seppure in maniera piuttosto marginale e solo momentaneamente, le risorse per recuperare i ritardi accumulati in pandemia (delibera 6002 del 21 febbraio 2022). Altri tentano di espandere i giorni e gli orari di offerta delle prestazioni sanitarie (delibera 6279 dell'11 aprile 2022). Due in particolare, ovvero le delibere 5883 e 6255, intervengono sul meccanismo di remunerazione delle prestazioni alle strutture ospedaliere e il cui obiettivo esplicito è quello di ridurre le liste d'attesa. Nelle pagine che seguono si ripercorrono i principali elementi di queste due delibere e si analizzano le loro principali conseguenze, più o meno intenzionali e più o meno desiderate.

Gli interventi sulle remunerazioni delle prestazioni in Lombardia

Il 24 gennaio 2022, la giunta regionale lombarda approvava la delibera 5883 avente per oggetto "misure per la riduzione dei tempi d'attesa – approvazione del nuovo modello di remunerazione delle prestazioni". La delibera introduce, a partire da aprile 2022, meccanismi di penalizzazione per le strutture ospedaliere che non rispettano (e premialità per quelle che rispettano) i tempi di attesa per gli interventi chirurgici in area oncologica, secondo le definite classi di priorità:

- Classe A – ricovero entro 30 giorni, per casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o diventare emergenti.
- Classe B – ricovero entro 60 giorni, per casi clinici che presentano dolore intenso e gravi disfunzioni, compresi anche casi di grave disabilità

8 Cittadinanzattiva. 2022. *Rapporto civico sulla salute 2022*.

9 Quotidiano Sanità. 10 giugno 2022. *Question time/1. Speranza: "Recupero liste d'attesa sarà il tema più importante per il Ssn nei prossimi mesi"*. Link: https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=96239, ultimo accesso 8 luglio 2022

Tabella 2. Meccanismo penalizzazioni da delibera 5883

	entro il tempo massimo previsto	oltre soglia 1-9 gg	oltre soglia 10-19 gg	oltre soglia 20-29 gg	oltre soglia 30-39 gg
classe A (entro 30gg)	100% valore drg	100% valore drg	95% valore drg	90% valore drg	85% valore drg
classe B (entro 60gg)	100% valore drg	100% valore drg	95% valore drg	90% valore drg	85% valore drg
classe C (entro 180 gg)	100% valore drg	100% valore drg	95% valore drg	95% valore drg	90% valore drg
classe D (entro 365gg)	100% valore drg	100% valore drg	95% valore drg	95% valore drg	90% valore drg

che però non presentano i presupposti per aggravarsi rapidamente.

- Classe C – ricovero entro 180 giorni, per chi presenta un minimo dolore, disfunzione o disabilità che non ha tendenza ad aggravarsi rapidamente.
- Classe D – ricovero entro 365 giorni, comprende tutti quei casi clinici che non manifestano dolore o disfunzioni.

In particolare le penalizzazioni sono definite chiaramente dalla delibera, per cui si prevede l'applicazione di progressive decurtazioni delle tariffe dovute per le prestazioni in base allo scostamento tra il tempo atteso e il tempo effettivo di erogazione delle stesse, così come indicato in Tabella 2.

Al contrario, il meccanismo di premialità risulta meno chiaro. La delibera indica che “il mancato riconoscimento economico derivante dalle decurtazioni applicate in attuazione del presente provvedimento sarà destinato ad integrare la remunerazione delle strutture che supereranno il 90% complessivo di prestazioni rese nei tempi target, fermo restando il livello di finanziamento complessivo destinato rispettivamente agli erogatori pubblici e agli erogatori privati così come stabilito dagli indirizzi annuali di programmazione”. La regione deve ancora chiarire come questi eventuali premi sarebbero distribuiti tra gli erogatori più virtuosi.

Circa tre mesi dopo l'approvazione di questa delibera relativa all'area oncologica, l'11 aprile 2022 un'altra delibera, numero 6255, estendeva esattamente gli stessi meccanismi agli interventi chirurgici di aree non oncologiche a partire da luglio 2022 e alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, a partire da maggio nel caso dell'area diagnostica per immagini (radiologia, neuroradiologia e medicina nucleare) e a partire da luglio nel caso dell'area prime visite (tutte le discipline).

L'obiettivo delle delibere è fare leva su incentivi monetari, a parità di risorse complessive, per spingere le strutture ospedaliere a ridurre i tempi di attesa.

	oltre soglia 40-49 gg	oltre soglia 50-59 gg	oltre soglia 60-89 gg	oltre soglia 90-119 gg	oltre soglia 120-179 gg	oltre soglia 180+ gg
	80% valore drg	75% valore drg	50% valore drg	50% valore drg	50% valore drg	50% valore drg
	80% valore drg	75% valore drg	50% valore drg	50% valore drg	50% valore drg	50% valore drg
	90% valore drg	90% valore drg	85% valore drg	80% valore drg	75% valore drg	50% valore drg
	90% valore drg	90% valore drg	85% valore drg	80% valore drg	75% valore drg	50% valore drg

Penalizzando le prestazioni erogate in ritardo, questa l'idea, le strutture cercheranno nuove soluzioni per stare nei tempi previsti dalle classi di priorità.

Ciò che si vede e ciò che non si vede

Prima di analizzare gli effetti delle delibere, è bene ricordare che dal 1997 la Lombardia rappresenta un caso piuttosto eccezionale tra i sistemi sanitari regionali del nostro Paese. Chiaramente, esso condivide con gli altri sistemi regionali il fatto di essere un sistema sanitario universalistico, per cui tutti i cittadini, almeno in principio, hanno egual accesso alle cure, e solidaristico, per cui i pazienti sono esenti dal pagamento delle prestazioni, che vengono perlopiù sostenute dall'attore pubblico. Tuttavia, come ha sottolineato Gabriele Pelissero, il sistema sanitario lombardo si caratterizza per "il tentativo di eliminare (o almeno di attenuare fortemente) il conflitto di interessi derivante dalla concezione centralistica e oligopolistica dominante nelle altre regioni" e per "il trasferimento di poteri dall'organizzazione sanitaria, con i suoi interessi e le sue burocrazie, ai cittadini, attuato tramite l'attivazione di processi che rendono concreto il principio della libertà di scelta del luogo di cura".¹⁰

In questa sede è molto rilevante il secondo punto, ovvero questa sorta di trasferimento di poteri "dall'organizzazione sanitaria (...) ai cittadini". La scelta della Lombardia è stata quella di sviluppare un sistema misto di erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, pagati sulla base degli stessi DRG. Gli uni e gli altri partecipano al medesimo sistema sanitario: all'atto pratico, ciò significa che un cittadino che avesse un bisogno emergenziale verreb-

¹⁰ Gabriele Pelissero, "Il sistema sanitario italiano: una realtà in continua evoluzione", in Gabriele Pelissero e Alberto Mingardi (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*, Torino, IBL Libri, 2010, p. 60.

be portato all'ospedale più vicino, beneficiandone indipendentemente da quello che è lo status giuridico del nosocomio. Ma ciò significa pure che il cittadino può usufruire di una prestazione specialistica, coperta dall'SSN, presso la struttura di sua scelta. I consumatori del servizio sanitario, ovvero i pazienti, non pagano direttamente le prestazioni ma possono comunque scegliere liberamente dove ottenere tale servizio.

Questo punto è di fondamentale importanza nell'analizzare le liste d'attesa. Il paziente può scegliere dove ottenere la prestazione sanitaria. In un sistema come questo, in cui si è tentato, un po' più che altrove, di sfruttare dinamiche concorrenziali tra attori pubblici e privati, le strutture si specializzano e, mano a mano, esse sviluppano una reputazione. Non è un caso che le strutture lombarde sono quelle che attraggono il numero più alto di pazienti extra regione. I saldi di mobilità sono i più alti d'Italia e non hanno eguali. Nel 2018, questi erano pari a circa 740 milioni di euro per la Lombardia, seguita a notevole distanza dall'Emilia Romagna e dal Veneto, i cui saldi erano rispettivamente pari a 324 e 141 milioni di euro.

Esistono dei centri di riferimento che attraggono un gran numero di pazienti, specialmente per alcuni tipi di prestazioni ad alta specialità.

L'analisi che segue tiene conto di queste dinamiche. L'area oncologica è stata la prima su cui Regione Lombardia è intervenuta con il sistema dei tagli tariffari descritti nella sezione precedente. La tabella 3 mostra che in quest'area, i primi dieci ospedali lombardi per volumi di interventi, ovvero quelli che potremmo dunque definire "specializzati", producono il 61% del totale degli interventi. Il restante 39% di interventi è distribuito in altri 58 ospedali lombardi, che in media fanno dunque volumi molto più bassi. Non sorprende che gli ospedali specializzati siano anche quelli con i tassi di mortalità post intervento a 30 giorni più bassi: 1,72% contro 2,24% in media. Per finire, questi ospedali specializzati sono anche quelli che subiscono la maggior parte delle penalizzazioni: circa 2,7 milioni di euro (72% del totale) contro 1,1 milioni degli altri ospedali (28% del totale).¹¹

11 Nota metodologica. La fonte dei dati su volumi e qualità è AGENAS. I dati si riferiscono ai dati AGENAS 2019, ovvero i più recenti non influenzati dall'andamento della pandemia covid. Sono inclusi gli interventi di area oncologica il cui indicatore di qualità è un tasso di mortalità post-intervento a 30 giorni, ovvero quelli relativi a colon, cervello, polmone, rene, fegato, stomaco, retto e pancreas. Il dato sui volumi è la somma dei volumi di questi interventi nelle varie strutture, mentre il dato sulla qualità è una media ponderata dei tassi di mortalità sugli stessi interventi nelle strutture e i cui pesi sono i volumi. La lista delle prime dieci strutture per volumi è la seguente: l'Istituto Clinico Humanitas (ICH), il San Raffaele, l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO), l'Istituto Nazionale dei Tumori (INT), l'Ospedale Civili di Brescia, il Niguarda di Milano, l'Istituto Neurologico Besta, il Papa Giovanni XXIII di Bergamo, il San Matteo di Pavia e il San Gerardo di Monza. Le riduzioni tariffarie sono calcolate utilizzando un database fornito da Regione Lombardia alle strutture sanitarie lombarde, a seguito dell'approvazione delle delibere analizzate, che include dati relativi a reali ritardi

Tabella 3. Volumi, qualità e penalizzazioni in area oncologica

	Domanda	Qualità	Riduzioni tariffarie da DGR 5883
	2019 - Numero interventi	2019 - Media ponderata dei tassi di mortalità post intervento	2022 - migliaia €
10 ospedali più domandati	20.361	1,72	-2.653
	61%		72%
Altri ospedali (N = 58)	13.246	2,24	-1.057
	39%		28%
TOTALE	33.607	1,93	-3.710

In breve, le strutture che hanno i volumi maggiori sono, senza sorpresa, in media anche quelli con i migliori indicatori di qualità. Queste strutture sono anche quelle più penalizzate dalla delibera 5883 di Regione Lombardia. In altre parole, le dieci strutture di riferimento in area oncologica producono il 61% del totale dei volumi, hanno indicatori di qualità in media migliori e subiscono il 72% del totale delle penalizzazioni. Chiaramente si tratta di un'assurdità: penalizzare le strutture migliori in nome di un obiettivo che, peraltro, non può essere raggiunto in questo modo. Il numero più alto di interventi fatti in ritardo è infatti conseguenza delle preferenze dei pazienti, che magari preferiscono operarsi nella struttura specializzata aspettando di più, piuttosto che operarsi prima ma in una struttura che non gode della stessa reputazione. Paradossalmente, l'unico modo per ridurre le liste di attesa presso queste strutture – a parità di altri elementi – sarebbe quello di spostare forzatamente i pazienti presso altri centri. La lista d'attesa, a ben guardare, fa esattamente questo, spingendo il paziente a scegliere se e quanto aspettare per operarsi nel luogo o col medico di fiducia.

Per fortuna, i pazienti continueranno a essere liberi di curarsi dove preferiscono e dunque ad aspettare per avere la cura nella struttura che ritengono migliore. Nondimeno, a queste strutture verranno ridotte ulteriormente le risorse. Se queste penalizzazioni dovessero persistere nel tempo, nel medio periodo non ci si può attendere altro che una riduzione della quantità e della qualità delle prestazioni erogate da queste strutture. In ultima analisi questo va a penalizzare i pazienti.

È bene sottolineare anche che le strutture sono in affanno e erogano in ritardo a causa della scarsità delle risorse a disposizione. Certamente ovunque ci sarà del potenziale per essere più efficienti nella produzione, ma le

nelle prestazioni nel periodo gennaio-aprile 2022. Sono state selezionate le prestazioni in ritardo relative agli interventi su colon, cervello, polmone, rene, fegato, stomaco, retto e pancreas (quindi non la totalità degli interventi in area oncologica) e si è moltiplicato il dato quadrimestrale sulle varie strutture per tre, così da avere una stima annuale delle riduzioni tariffarie da DGR 5883.

delibere non fanno nulla per penalizzare l'inefficienza, penalizzano solo il ritardo che, specialmente nelle strutture specializzate, è frutto di altri fattori. Tra questi fattori c'è anche la reputazione costruita nel tempo da queste strutture, che fa crescere la domanda da parte dei pazienti. Questa reputazione, unita alla scarsità del budget (che come già detto, è pianificato a livello centrale), non consente di adeguare simultaneamente l'offerta e stare al passo con le esigenze dei pazienti. Il che ci porta al punto di partenza: le liste di attesa sono la conseguenza di un deficit di offerta (rispetto alla domanda). Se si vuole aumentare il volume delle operazioni presso certe strutture è necessario aumentarne la capacità produttiva, cioè mettere più risorse a disposizione, non meno, vincolandole ovviamente a standard di qualità del servizio ed economicità ed efficienza della gestione.

La delibera 6255 estende lo stesso meccanismo agli interventi chirurgici di aree non oncologiche a partire da luglio 2022. Le dinamiche e gli effetti analizzati in area oncologica si estendono allo stesso modo all'area cardiologica. In questo caso, le strutture di riferimento sono le seguenti, in ordine decrescente di volumi: San Raffaele, San Donato, Monzino, Civili di Brescia, Gavazzeni di Bergamo, Poliambulanza di Brescia, Niguarda, Humanitas, Civile di Legnano e Poma di Mantova.

Tabella 4. Volumi, qualità e penalizzazioni in area cardiologica			
	Domanda	Qualità	Riduzioni tariffarie da DGR 6225
	2019 - Numero interventi	2019 - Media ponderata dei tassi di mortalità post intervento	2022 - migliaia €
10 ospedali più domandati	12.928	1,15	-1.417
	66%		79%
Altri ospedali (N = 17)	6.597	1,64	-382
	34%		21%
TOTALE	19.525	1,32	-1.799

La tabella 4 mostra che i primi 10 ospedali erogano il 66% del totale dei volumi in area cardiologica. Il restante 34% è prodotto da altri 17 ospedali.¹² Come per l'area oncologica, i primi 10 ospedali per volumi hanno tassi

12 Nota metodologica. La fonte dei dati su volumi e qualità è AGENAS. I dati si riferiscono ai dati AGENAS 2019, ovvero i più recenti non influenzati dall'andamento della pandemia covid. Sono inclusi gli interventi di area cardiologica il cui indicatore di qualità è un tasso di mortalità post-intervento a 30 giorni, ovvero quelli relativi a bypass aortocoronarico, riparazione di aneurisma e valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache. Il dato sui volumi è la somma dei volumi di questi interventi nelle varie strutture, mentre il dato sulla qualità è una media ponderata dei tassi di mortalità sugli stessi interventi nelle strutture e i cui pesi sono i volumi. La lista delle prime dieci strutture per volumi

mortalità inferiori agli altri: 1,15% contro 1,64%. Questi centri di riferimento dell'area cardiologica, i cui volumi sono maggiori e i cui indicatori di qualità sono migliori, subiscono il 79% del totale delle penalizzazioni da parte di Regione Lombardia come da delibera 6255. Di nuovo, i centri di riferimento sono quelli maggiormente colpiti dal governo regionale. Di nuovo, il rischio è di togliere risorse alle strutture migliori senza di fatto ottenere nulla in termini di riduzione delle liste d'attesa, dal momento che è presumibile credere che i pazienti continueranno scegliere secondo le preferenze come accaduto fino a oggi. Volendo ipotizzare per un attimo il contrario, ovvero che i pazienti sceglieranno di curarsi nelle strutture con attese inferiori, magari per seguire l'indicazione del contact center regionale per la prenotazione di prestazioni sanitarie, ciò significherebbe che i pazienti verranno spinti verso strutture che hanno tassi medi di mortalità più alti. Sicuramente non è questo l'obiettivo della Regione. Per questo motivo sarebbe importante rivedere quanto prima i meccanismi penalizzanti di queste delibere.

Conclusioni

Il problema delle liste d'attesa nel sistema sanitario regionale lombardo, così come in tutti gli altri sistemi regionali, non può essere ignorato. Tuttavia, è necessaria un'attenta analisi delle sue cause, da identificarsi principalmente nella quantità di risorse a disposizione delle strutture, prima di proporre interventi che rischiano di peggiorare la situazione. Le delibere 5883 e 6255 da parte di Regione Lombardia sono un chiaro esempio di pezza peggiorare del buco. Come si evince dall'analisi proposta in questo documento, è improbabile che tali delibere avranno alcun impatto sulle reali attese dei pazienti. Qualora le prestazioni dovessero improvvisamente apparire come puntuali sui registri ufficiali, sarà perché cambieranno i criteri con cui vengono assegnati i codici d'urgenza. Questo pare oggi l'unico comportamento strategico che potrebbe portare le strutture a rispettare i tempi d'attesa, dal momento che non è possibile produrre di più a parità di risorse. Meno che mai è possibile farlo con meno risorse a disposizione. Se dovessero realmente materializzarsi le penalizzazioni, infatti, l'effetto della delibera sarà quello di ridurre le risorse a disposizione delle strutture migliori, che saranno costrette a tagliare qualcosa, in termini di qualità o quantità. In ultima analisi, il rischio di medio periodo è quello di ridurre la qualità media delle

è la seguente: San Raffaele, San Donato, Monzino, Civili di Brescia, Gavazzeni di Bergamo, Poliambulanza di Brescia, Niguarda, Humanitas, Civile di Legnano e Poma di Mantova. Le riduzioni tariffarie sono calcolate utilizzando un database fornito da Regione Lombardia alle strutture sanitarie lombarde, a seguito dell'approvazione delle delibere analizzate, che include dati relativi a reali ritardi nelle prestazioni nel periodo gennaio-aprile 2022. Sono state selezionate le prestazioni in ritardo relative agli interventi per by-pass, aneurisma e valvuloplastica/valvole cardiache (quindi non la totalità degli interventi in area cardiologica) e si è moltiplicato il dato quadrimestrale sulle varie strutture per tre, così da avere una stima annuale delle riduzioni tariffarie da DGR 6255.

cure offerte dalle strutture migliori del sistema sanitario regionale. Chiamamente questo non è l'intento del governo regionale, che invece sembra seriamente impegnato a alleviare i disagi dovuti alle lunghe liste d'attesa. Purtroppo le buone intenzioni non bastano. Le ultime due delibere sulle liste d'attesa approvate dal governo regionale uscente¹³ nemmeno richiamano quelle analizzate in questo briefing paper, lasciando intendere che forse è in atto una riflessione. È pertanto opportuno che l'ordinamento venga adeguato cassando formalmente [se necessario] le due delibere analizzate in questo briefing paper, cercando piuttosto di trovare soluzioni che siano ragionevoli, sostenibili e non controproducenti. È fondamentale essere con-sapevoli dei potenziali effetti negativi degli interventi regolatori, soprattutto per non vanificare i potenziali effetti positivi di altri interventi. Per esempio, lo sforzo incluso nella delibera 6002 del febbraio 2022, che prevede di allocare risorse aggiuntive alle strutture ospedaliere pubbliche e private per alleviare il problema delle liste d'attesa, ma anche le indicazioni inserite nelle delibere 7475 e 7819, rispettivamente del novembre 2022 e del gennaio 2023, che per il 2023 prendono come riferimento le prestazioni erogate nel 2019 consentendo di aumentarle del 10%, sembrano rappresentare piccoli passi nella giusta direzione di fornire più risorse alle strutture. Si tratta di cifre irrisorie e temporanee, per cui è difficile aspettarsi risultati strabilianti. Nondimeno, il tentativo di allocare più risorse, e magari allocarle dove queste producono di più, sembra attaccare una diretta causa del problema delle liste d'attesa e di certo comporta meno rischi di un intervento come quello analizzato in questo documento, che a prima vista può sembrare ingegnoso, ma che a un'attenta analisi rivela le potenziali conseguenze non intenzionali e non desiderate. La nuova giunta regionale deve interrogarsi su come far fruttare di più le scarse risorse a disposizione e soprattutto come liberarne di nuove.

Chi Siamo

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

Cosa Vogliamo

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.

I Briefing Paper

I "Briefing Papers" dell'Istituto Bruno Leoni vogliono mettere a disposizione di tutti, e in particolare dei professionisti dell'informazione, un punto di vista originale e coerentemente liberale su questioni d'attualità di sicuro interesse. I Briefing Papers vengono pubblicati e divulgati ogni mese. Essi sono liberamente scaricabili dal sito www.brunoleoni.it.