

Surfing tra SSN e spesa privata: impatti sui tempi di attesa dei ricoveri oncologici

Antonio Giampiero Russo, Walter Bergamaschi, Francesco Longo*

Questo studio indaga se il cosiddetto “surfing” tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la spesa privata possa ridurre i tempi di attesa per i ricoveri oncologici, minando il principio di equità nell’accesso alle cure. L’obiettivo è verificare se, nonostante il mix tra spesa pubblica e privata, il SSN riesca a garantire equità di accesso e presa in carico globale per percorsi di cura critici, come gli interventi chirurgici oncologici, dove i tempi di attesa possono avere un impatto significativo sugli esiti clinici.

Lo studio si concentra su una coorte di 41.408 ricoveri oncologici programmati nel periodo 2022-2023, e analizza le prestazioni diagnostiche preoperatorie necessarie per l’inserimento in lista d’attesa chirurgica, erogate in regime SSN, o privato (distinto fra erogatori pubblici o privati accreditati che operano sia in regime pubblico sia di solvenza ed erogatori privati autorizzati che operano solo in regime privato). L’analisi evidenzia che il 68,4% delle presta-

zioni preoperatorie è stato erogato in regime SSN, il 12,1% in regime di libera professione intramuraria o ricorrendo all’area di solvenza degli erogatori pubblici o privati accreditati e a contratto per il SSR, e il 19,5% a pagamento diretto dai pazienti o tramite assicurazioni private verso erogatori solo autorizzati e che svolgono esclusivamente attività privata, con una maggiore incidenza del ricorso alla solvenza nelle strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche.

I risultati mostrano che i pazienti che accedono privatamente a tutte le prestazioni preoperatorie hanno un vantaggio in termini di tempi di attesa rispetto a quelli che accedono solo al SSN, mentre i pazienti che fanno “surfing” non sembrano avere vantaggi significativi. Il sistema sembra quindi mantenere, nel complesso, un profilo di equità accettabile, con limitate distorsioni nei tempi di attesa complessivi. Il lavoro conclude che il ricorso alla solvenza ha un impatto limitato sui tempi di attesa per i pazienti oncologici, pur evidenziando la necessità di regolamentazioni più rigorose per garantire l’equità di accesso alle prestazioni preoperatorie critiche.

Parole chiave: ricoveri oncologici, tempi di attesa, equità di accesso.

S O M M A R I O

1. Introduzione. Surfing tra servizi SSN e spesa sanitaria privata
2. Scenario e dibattito scientifico
3. Materiali e metodi
4. Risultati
5. Discussione

* Antonio Giampiero Russo, Struttura Complessa Unità di Epidemiologia, Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Città Metropolitana di Milano, Milano.

Walter Bergamaschi, Direzione Strategica, Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Città Metropolitana di Milano, Milano. Corresponding author: Corso Italia, 19 20123 Milano. E-mail: wbergamaschi@ats-milano.it.

Francesco Longo, CER GAS/SDA, Università Bocconi.

Surfing between the National Health Service and private spending: Impacts on waiting times for cancer admissions

This study investigates whether so-called “surfing” between the National Health Service (SSN) and private spending can reduce waiting times for oncological hospitalizations, potentially undermining the principle of equity in access to care. The objective is to verify whether, despite the mix between public and private spending, the SSN is able to guarantee equitable access and comprehensive care for critical treatment pathways, such as oncological surgical interventions, where waiting times can significantly impact clinical outcomes.

The study focuses on a cohort of 41,408 scheduled oncological hospitalizations during the 2022-2023 period and analyzes the preoperative diagnostic services required for inclusion on the surgical waiting list, provided under the SSN or through private channels (distinguished among public or accredited private providers operating both in public and private settings and private providers authorized to operate solely in the private sector). The analysis shows that 68.4% of preoperative services were provided under the SSN, 12.1% under the intramural private practice system or through the solvency area of public or accredited private providers contracted with the regional health service (SSR), and 19.5% were paid directly by patients or through private insurance to authorized private providers exclusively offering private services, with a higher incidence of reliance on solvency in accredited private facilities compared to public ones.

The results indicate that patients who access all preoperative services privately benefit from shorter waiting times com-

pared to those accessing only through the SSN, while patients who “surf” do not appear to gain significant advantages. Overall, the system seems to maintain an acceptable equity profile, with limited distortions in total waiting times. The study concludes that reliance on private solvency has a limited impact on waiting times for oncological patients, while highlighting the need for stricter regulations to ensure equitable access to critical preoperative services.

Keywords: oncological admissions, waiting times, equity of access.

Articolo sottomesso: 25/10/2024, accettato: 01/11/2024

1. Introduzione. Surfing tra servizi SSN e spesa sanitaria privata

L'Italia riesce a finanziare il SSN con il 6,3% del PIL, contro il 9,5% di UK e il 10,5% e oltre di Francia e Germania, pur essendo il II Paese più vecchio al mondo. L'invecchiamento della popolazione genera uno spiazzamento delle risorse per il sistema di welfare da parte del costante aumento della spesa previdenziale (nel periodo 23-27 la spesa pensionistica da sola cresce di 50 Mld). Il SSN si trova nel paradosso di generare una speranza di vita tra le più alte al mondo (83 anni), la quale da un lato spiazza le risorse per il SSN stesso essendo la causa dell'aumento della spesa pensionistica, dall'altra aumenta i bisogni sanitari e socio-sanitari. Per questo motivo non c'è da aspettarsi nessun realistico e rilevante aumento del fondo sanitario per i prossimi anni. La crescente distanza tra bisogni crescenti e risorse stabili o decrescenti, impone al SSN di selezio-

nare con sempre maggiore attenzione e rigore le priorità di intervento rispetto a bisogni ritenuti prioritari, la cui cura ha un maggiore impatto positivo per la comunità.

Contro-intuitivamente, anche la spesa privata e intermediata delle famiglie per la sanità non cresce né in incidenza sul PIL (2,2%), né in incidenza sul totale della spesa sanitaria (25%, mentre il SSN garantisce il 75%). In sintesi, gli italiani non sono disposti a allocare significative risorse per la sanità, né attraverso i meccanismi collettivi, né attraverso la spesa privata.

Gli ambiti in cui la spesa privata è maggiore sono quelli in cui il SSN ha dovuto implicitamente razionare, definendoli non prioritari e quindi privi di copertura universalistica reale. Le famiglie spendono privatamente soprattutto in tre aree: a) farmaci e dispositivi medici; b) odontoiatria; c) spesa per l'assistenza della non autosufficienza.

La spesa privata per le visite ambulatoriali (50% del totale delle visite) e diagnostica (30% del totale) è di minore incidenza sul totale della spesa privata rispetto alle citate componenti, ma riveste una particolare criticità collettiva per gli scopi per cui viene privilegiata:

- trovare un canale relazionale privilegiato con un professionista o una struttura in modo da sperare di avere un accesso privilegiato a prestazioni SSN critiche o a lunga attesa, il cui acquisto privato non è finanziariamente sostenibili per i più;
- costruire una relazione fiduciaria con un professionista selezionato individualmente;
- accorciare i tempi di accesso alle prestazioni ambulatoriali.

Questo lavoro si propone di valutare se sia vero l'assunto di coloro che surfano tra spesa SSN e spesa privata per accedere prioritariamente a prestazioni SSN critiche e scarse. Questo minerebbe infatti sostanzialmente l'equità del SSN. In termini positivi, l'obiettivo dell'indagine è quello di verificare se oggi, sia pure in modo implicito, il sistema di offerta del SSN sia in grado di garantire comunque equità di accesso e presa in carico globale, anche in presenza di un mix di spesa pubblica e privata, almeno per quei percorsi che si configurano in modo chiaro come critici, rilevanti e indispensabili, in cui outcome è legato significativamente ai tempi di attesa per ottenere un trattamento di alta intensità specialistica, come per esempio un intervento chirurgico.

L'ambito di applicazione scelto per lo studio è il percorso di presa in carico del paziente oncologico nel periodo precedente l'intervento chirurgico. In particolare si indagano le prestazioni diagnostiche necessarie per completare l'iter per l'inserimento in lista di attesa operatoria. Nella fase preoperatoria si concentrano gli accertamenti necessari alla stadiazione, all'accertamento dell'eleggibilità del paziente e alle modalità operatorie conseguenti. La concentrazione e l'intensità delle indagini, nei casi in cui non sia applicata una sostanziale presa in carico "ospedaliera" dei casi incidenti, accompagnata alle istanze di urgenza del paziente, si scontrano con i tempi delle liste di attesa ambulatoriali e alle liste di attesa operatorie che spesso possono anche giocare in maniera antitetica: più veloci quelle operatorie rispetto a quelle ambulatoriali.

L'accesso a prestazioni ambulatoriali quindi rappresenta un aspetto cruciale

per i pazienti che devono sottoporsi a interventi chirurgici programmati e il presente studio intende valutare se il ricorso al regime privato o a un mix di prestazioni private e SSN risulti essere un'alternativa significativa per ridurre il tempo complessivo fra diagnosi e intervento. Se così fosse sarebbe disatteso il principio di equità di accesso che dovrebbe essere garantito da sistemi universalistici, nei quali il ricorso al canale di erogazione out of pocket dovrebbe essere collegato alla scelta del professionista o di condizioni di servizio più confortevoli e non garantire una priorità temporale a procedure critiche e scarse del SSN. In altri termini, i pazienti che fanno surfing tra SSN e spesa privata arrivano prima alle prestazioni del SSN stesso più critiche e rilevanti?

2. Scenario e dibattito scientifico

L'accesso tempestivo e appropriato alle prestazioni ambulatoriali preoperatorie è fondamentale per migliorare gli esiti clinici dei pazienti sottoposti a interventi chirurgici oncologici programmati. Turrentine *et al.* (2015) hanno sottolineato come una pianificazione accurata delle visite e degli esami preoperatori riduca il rischio di complicanze peri-operatorie e migliori i risultati complessivi del trattamento [1].

Tuttavia, Bhatia *et al.* (2022) hanno evidenziato come fattori socio-economici e geografici possano creare significative disuguaglianze nell'accesso a queste prestazioni, con pazienti residenti in aree rurali o in contesti svantaggiati che incontrano maggiori difficoltà a ricevere cure tempestive [2]. Analogamente, Bourgeois *et al.* (2024) hanno riscontrato che i pazienti con minori risorse economiche o prove-

nienti da aree svantaggiate tendono a ricevere meno frequentemente le cure preoperatorie necessarie, con conseguenze potenzialmente negative sulla loro prognosi [3].

La gestione multidisciplinare è stata identificata come un fattore chiave per ottimizzare il percorso preoperatorio dei pazienti oncologici. Kesson *et al.* (2012) hanno dimostrato che l'interazione tra specialisti, tra cui oncologi, chirurghi e anestesisti, consente una valutazione più completa del paziente e migliora la preparazione preoperatoria, riducendo il rischio di complicanze e migliorando l'efficienza del trattamento [4].

L'adozione di percorsi clinici standardizzati, secondo Rotter *et al.* (2010), è associata a una riduzione dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici e a un miglioramento degli esiti postoperatori. Questi percorsi garantiscono che tutte le valutazioni preoperatorie necessarie siano effettuate in modo tempestivo e coerente [5].

In un sistema in cui la componente privata compete con la componente pubblica un ulteriore aspetto critico è rappresentato dall'influenza degli erogatori. Moscelli, Siciliani e Tonei (2016) hanno osservato che la maggiore accessibilità dei servizi privati può ridurre i tempi di attesa per i pazienti, ma al contempo può ampliare le disuguaglianze, poiché solo i pazienti con maggiori risorse economiche possono accedere a questi servizi [6]. Inoltre, Goodair e Reeves (2024) hanno discusso il rischio di induzione della domanda da parte degli erogatori privati, che potrebbero incentivare l'esecuzione di esami non necessari, aumentando i costi senza migliorare significativamente gli esiti clinici [7]. Colombo e Tapay (2004)

identificano quale elemento essenziale promuovere una maggiore trasparenza nei criteri di accesso e nella necessità degli esami preoperatori per garantire un sistema sanitario più equo e sostenibile [8].

3. Materiali e metodi

È stata identificata una coorte di circa 41.408 ricoveri svolti in strutture ospedaliere localizzate nel territorio di ATS MI e per pazienti residenti in ATS Milano, con diagnosi oncologiche e sottoposti a interventi chirurgici programmati nel periodo compreso tra il 2022 e il 2023 in strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. Il flusso utilizzato è stato quello dei ricoveri ospedalieri e sono stati identificati tutti i ricoveri chirurgici con diagnosi principale ICD-IX 140-239.

Inizialmente sono stati inclusi tutti i ricoveri ordinari sia in elezione sia in urgenza al fine di presentare la descrizione delle caratteristiche delle 33 strutture erogatrici incluse. Sono stati esclusi i ricoveri avvenuti presso le strutture private *pure* e tutti i ricoveri effettuati in solvenza o non a carico del SSN, che saranno oggetto di future analisi alla luce del progressivo aumento dell'attività di ricovero svolta in regime di solvenza.

L'obiettivo principale è stato quello di analizzare le prescrizioni e le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali nei 120 giorni precedenti l'intervento chirurgico, suddividendole nelle prestazioni erogate in SSN, in regime di solvenza da parte erogatori pubblici o privati accreditati o potenzialmente erogate in regime privato da parte erogatori privati solo autorizzati o di un singolo professionista.

Per le prime due modalità (SSN e solvenza) è stato utilizzato il flusso delle prestazioni ambulatoriali effettivamente erogate degli anni 2022-2024 al fine di intercettare qualsiasi prestazione relativa al ricovero entro i 120 giorni precedenti.

Per le prestazioni prescritte ma non rilevate nei flussi informativi ambulatoriali, si è ipotizzato che siano state erogate attraverso il canale esclusivamente privato. Per identificarle, è stato utilizzato il flusso delle prescrizioni dematerializzate, escludendo quelle che hanno portato all'erogazione di una prestazione nel SSN o in regime di solvenza aziendale.

Quest'ultima assunzione è evidentemente discutibile, ma è stata considerata come una buona approssimazione della realtà, trattandosi di prescrizioni effettuate a ridosso di un intervento chirurgico oncologico e legate ad accertamenti indispensabili per poter completare l'iter diagnostico necessario per essere inseriti in lista di attesa per l'intervento.

Tutti i dati necessari per questa analisi sono quindi stati ottenuti dai flussi sanitari correnti, un sistema che raccoglie informazioni dettagliate sull'attività sanitaria delle strutture pubbliche e private, comprendendo sia le prestazioni coperte dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che quelle pagate privatamente. Per ciascun paziente, sono stati registrati il numero e il tipo di prestazioni ambulatoriali effettuate prima dell'intervento chirurgico, classificando queste prestazioni in base alla loro branca specialistica, alla modalità di erogazione (SSN, solvenza di erogatori pubblici o privati accreditati e a contratto; regime privato presso erogatori solo autorizzati) e al tipo di erogatore (pubblico o privato).

Lo studio ha considerato tutte le prestazioni necessarie alla stadiazione del tumore e alla valutazione preoperatoria, incluse le visite specialistiche anche non oncologiche, la diagnostica per immagini (radiografie, TAC, risonanze magnetiche e medicina nucleare), gli esami di laboratorio e altri accertamenti diagnostici. Non è stata esclusa alcuna prestazione diagnostica e probabilmente alcune di queste non sono direttamente correlate alla preparazione chirurgica. Le prestazioni di laboratorio vengono presentate a livello descrittivo ma non vengono utilizzate in nessun modello statistico in quanto – trattandosi di prestazioni ad accesso diretto, non sono coinvolte nella valutazione legate ai tempi di attesa.

Per individuare i fattori che determinano l'accesso a prestazioni in regime di solvenza, è stato utilizzato un modello logistico multinomiale non condizionato. In questi casi, è stato prudenzialmente ipotizzato che, nei percorsi in cui il paziente utilizza modalità di erogazione "miste" (con alcune prestazioni effettuate in regime pubblico e altre in regime di solvenza del SSN e/o privato), il paziente venga classificato come appartenente a un percorso "pubblico", poiché la spesa privata integra le risorse del SSN. I pazienti classificati con percorsi di sola solvenza o di ricorso esclusivo al privato non accreditato sono quindi rappresentati da coloro che non hanno eseguito alcuna prestazione prescritta in regime SSR. Il modello è stato costruito includendo variabili demografiche, socio-economiche e cliniche che, secondo la letteratura, possono influenzare le modalità di accesso ai servizi sanitari. Le variabili incluse nel modello sono state età,

genere, stato civile, professione, peso/complessità dell'intervento, anno di effettuazione dell'intervento, tipo di neoplasia e tipo di erogatore. L'età dei pazienti è stata suddivisa in classi, con intervalli regolari da meno di 35 anni a 85 anni e oltre. Il genere, lo stato civile (non coniugato, coniugato, separato/divorziato/vedovo), e la professione (classificata in white collar, blue collar, casalinghe, pensionati, studenti e non occupati) sono stati considerati per valutare eventuali differenze nell'accesso ai servizi privati o pubblici. Anche la gravità della neoplasia (suddivisa in solida invasiva, metastatica, emolinfopoietica, benigna o a comportamento incerto) è stata inclusa per considerare l'impatto del quadro clinico sul ricorso a prestazioni a pagamento. Infine, la tipologia dell'erogatore (pubblico o privato) è stata inclusa per esplorare se l'ambiente istituzionale influisse sull'accesso in solvenza.

Infine per valutare se e quanto l'esecuzione di indagini in regime privato abbia influenzato il tempo di attesa dell'intervento chirurgico rispetto alla diagnosi, si è ricorsi a una stratificazione dei pazienti secondo queste cinque categorie:

- 1) pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime pubblico;
- 2) pazienti con prestazioni in solvenza o private, ma a prevalenza di regime pubblico;
- 3) pazienti che fanno lo stesso numero di accertamenti in SSR e in regime privato;
- 4) pazienti con qualche prestazione in regime SSN, ma prevalenza di regime privato;
- 5) pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime privato.

4. Risultati

Presentiamo in sequenza: a) l'incidenza delle prestazioni ambulatoriali pre-ricovero pagate privatamente rispetto a quelle SSN; b) la differenza di incidenza delle spese private tra erogatori pubblici e privati accreditati; c) i differenziali di attesa all'intervento chirurgico tra i cinque profili di consumatori appena descritti.

L'analisi descrittiva condotta sulle prestazioni ambulatoriali preoperatorie svolte sui residenti di ATS Milano nei 120 giorni precedenti l'intervento chirurgico oncologico ha evidenziato che complessivamente, esclusa l'attività di laboratorio, il 68,4% delle prestazioni è stato erogato in SSN, il 12,1% delle prestazioni totali è stato erogato privatamente da strutture pubbliche o private accreditate e a contratto e che il 19,5% è stato pagato direttamente dai pazienti verso strutture solo convenzionate o singoli professionisti, con una differenza significativa tra gli erogatori pubblici e quelli privati.

In particolare, nei casi in cui l'intervento è stato eseguito nelle strutture pubbliche l'8% delle prestazioni è stato erogato in regime privato, mentre nei casi in cui l'intervento è stato eseguito nelle strutture private accreditate la percentuale di attività svolta in regime privato sale al 18%. Questo dato suggerisce che l'accesso alle prestazioni in regime di solvenza è più comune nelle strutture private.

Per le prestazioni erogate in regime privato/privato (erogatori solo autorizzati o singoli professionisti) le proporzioni sono sovrapponibili: 18% sia negli operati da parte degli erogatori pubblici che in quelli operati nel sistema accreditato e a contratto con il SSR. Analizzando le tipologie di prestazio-

ni, si osserva che la maggior parte di quelle erogate in solvenza riguarda le visite specialistiche e la diagnostica per immagini. In particolare, per la visita chirurgica specialistica il 14% dei pazienti operati presso strutture pubbliche accede in solvenza verso il 36% del privato accreditato: questo suggerisce che i pazienti trattati in strutture private sono più propensi o vengono indotti a ricorrere a prestazioni a pagamento per accelerare il percorso diagnostico e terapeutico. Nella branca della diagnostica per immagini radiologia diagnostica la differenza è del 6% negli erogatori pubblici verso il 14% nel privato accreditato. Anche per la visita gastroenterologica si osserva una differenza di prestazioni in solvenza del 13% tra erogatori pubblici e privati. Lo stesso per la visita ginecologica (23%), otorinolaringoiatrica (22%), radioterapica (10%) e urologica (26%).

Questo dimostra come le indagini diagnostiche avanzate, spesso fondamentali per la stadiazione e la valutazione preoperatoria del paziente oncologico, rappresentino una parte significativa del ricorso alla solvenza aziendale.

L'accesso al privato "puro" (non autorizzato) non evidenzia, invece differenze importanti tra erogatori pubblici e privati accreditati rappresentando quasi un differenziale costante, ma rappresentando per molte prestazioni più del 20% dell'erogato.

Il modello logistico multinomiale utilizzato per identificare i determinanti dell'accesso in solvenza ha evidenziato alcune variabili chiave che influenzano significativamente il ricorso a tali prestazioni. In particolare, l'età avanzata si è rivelata un fattore determinante: i pazienti di età superiore ai 65 anni hanno mostrato una maggiore

probabilità di accedere a prestazioni in regime di solvenza rispetto ai pazienti più giovani. Il rischio di ricorso alla solvenza diminuisce all'aumentare dell'età, con un Odds Ratio (OR) che varia da 0.56 a 0.94 per i pazienti over 65, mentre aumenta il rischio di accedere in regime totalmente privato suggerendo che i pazienti anziani potrebbero essere più motivati a pagare per accorciare i tempi di attesa o potrebbero avere accesso a risorse economiche superiori, derivanti da pensioni o risparmi personali.

Anche il genere ha mostrato un'influenza significativa: i pazienti di genere maschile hanno una probabilità maggiore di accedere a prestazioni in solvenza rispetto alle donne, con un OR che varia da 0.83 a 0.91. Questa differenza potrebbe riflettere gradienti socio-economici o preferenze di genere nell'utilizzo dei servizi sanitari privati, sebbene ulteriori ricerche siano necessarie per approfondire questa tendenza.

Un altro fattore che influenza fortemente il ricorso alla solvenza è la professione del paziente. Chi occupa una posizione lavorativa di tipo dirigenziale o imprenditoriale ha mostrato una probabilità molto maggiore di accedere a prestazioni in solvenza rispetto ad altre categorie professionali. In particolare, i white collar (dirigenti e impiegati) hanno un OR di 1.69, indicando che i pazienti con posizioni lavorative meglio retribuite o più stabili sono più inclini a ricorrere a prestazioni private o accedono più frequentemente ad assicurazioni sanitarie attraverso programmi di welfare aziendale. Al contrario, i pensionati, utilizzati come categoria di riferimento, hanno mostrato una probabilità inferiore di ricorso alla solvenza. Gli operai (blue collar) presentano un

rischio minore di accedere a prestazioni in solvenza, con OR rispettivamente di 0.85. Gli studenti e i non occupati hanno mostrato un'alta probabilità di ricorso alla solvenza, probabilmente a causa del fatto che potrebbero avere accesso a risorse economiche familiari e al bias di selezione legato alla categoria non occupati che non dichiarano la posizione lavorativa al momento del ricovero.

L'analisi ha infine evidenziato una forte differenza tra le strutture pubbliche e private. I pazienti trattati in strutture private presentano un rischio significativamente più elevato di accedere a prestazioni in solvenza, con un OR di 3.13 rispetto a quelli trattati in strutture pubbliche. Questo risultato conferma che il contesto istituzionale in cui vengono trattati i pazienti oncologici influisce in modo sostanziale sulle modalità di accesso alle cure preoperatorie. Le strutture private, sebbene offrano tempi di attesa più brevi, sembrano incentivare maggiormente il ricorso a prestazioni a pagamento, contribuendo potenzialmente ad ampliare le disuguaglianze nell'accesso alle cure.

La Tab. 4 riporta le medie e mediane del tempo intercorrente tra la biopsia e l'intervento chirurgico nei soggetti residenti nell'ATS di Milano, suddivisi per i 5 cluster di pazienti, in funzione del loro mix tra consumi SSN e di spesa privata.

Su un totale di 4863 pazienti operati per tumore alla mammella in regime SSN, 1207 si muovono anche per le prestazioni ambulatoriali pre-intervento esclusivamente nel regime SSN, 3509 surfano tra SSN e spesa privata e solo 147 usano esclusivamente servizi a pagamento. Il 72% dei pazienti surfa tra spesa pubblica e privata.

Si può osservare, all'opposto che 3939 pazienti (81%) usano esclusivamente o prevalentemente il regime SSN, palesando una impossibilità o indisponibilità a pagare privatamente. A conferma di questo, solo 666 pazienti (13,6%) paga prevalentemente o esclusivamente in regime privato. Questo conferma una generale tenuta del SSN sul trattamento della maggior parte dei pazienti e una contenuta disponibilità o possibilità delle famiglie a pagare.

La minoranza che paga tutte le prestazioni pre-operatorie ha un grande vantaggio rispetto ai tempi di attesa chirurgici nel confronto con gli altri pazienti (attesa media 32 gg e mediana 27 gg).

Allo stesso modo chi paga più prestazioni private rispetto ai suoi consumi SSN ha un leggero vantaggio rispetto agli altri pazienti seppur, in media, di soli 3 gg in meno di attesa su 50gg, quindi con una contenuta iniquità.

In maniera contro-intuitiva, i pazienti che si servono esclusivamente del SSN hanno un periodo di attesa leggermente inferiore (51,66 gg) rispetto a coloro che surfano solo parzialmente nella spesa privata (53-54 gg). Questo è probabilmente spiegabile con la presenza di percorsi strutturati e completi in alcune aziende del SSN, ma che riescono a garantire solo il 25% dei pazienti totali.

In sintesi, tolti i pochi pazienti in totale regime privato, le differenze di attesa tra le varie tipologie di utenti sono relativamente contenute (da 49gg a 54 gg). Coloro che godono di un piccolo vantaggio sono i due estremi: o prevalente spesa privata o totale affidamento al SSN. I pazienti con l'attesa più lunga sono quelli che surfano parzialmente nella spesa privata.

5. Discussione

Questo lavoro, condotto su oltre 41.000 interventi chirurgici e su circa oltre 33.000 soggetti che sono stati ricoverati e operati tra il 2022 e il 2023, mostra come si registri un ricorso a prestazioni erogate in regime di solvenza per le visite e gli accertamenti diagnostici pre-intervento oncologico, pari a quasi un terzo delle prestazioni complessive erogate. Ciò porta a ipotizzare che si tratti di ricorso collegato alla necessità di contenere i tempi di attesa. Tale conclusione è avvalorata dal fatto che mentre le attività svolte in regime di solvenza, generalmente all'interno della stessa struttura che esegue l'intervento, possono avere anche come determinante, in particolare per la visita specialistica, la scelta del professionista, non altrettanto si può affermare nel caso del ricorso a strutture private solo autorizzate.

Il ricorso al regime di solvenza è comunque di oltre due volte (2,25) maggiore, nei pazienti che vengono operati in ospedali di diritto privato rispetto ai pazienti che si ricoverano negli ospedali pubblici, mentre il ricorso al privato solo autorizzato è sostanzialmente sovrapponibile per pazienti operati in strutture pubbliche o private accreditate.

L'analisi descrittiva mostra come le procedure in solvenza erogate prima dell'intervento sono prioritariamente rappresentate dalle visite specialistiche e dalle prestazioni di radiologia e escludendo le prestazioni di laboratorio le prestazioni erogate nei 120 giorni prima dell'intervento in regime di solvenza rappresentano il 12% delle prestazioni totali erogate: 8% negli erogatori di diritto pubblico e 18% in quelli di diritto privato.

I dati della Tab. 4, sia pure limitati alla sola casistica di tumore alla mammella, non dimostrano per il momento un significativo effetto distorsivo del ricorso al regime privato di erogazione delle prestazioni ambulatoriali pre-intervento, sul tempo di attesa dell'intervento dalla diagnosi. Emergono infatti limitati vantaggi in termini di attese, che non sembrano influenzare di per sé l'outcome clinico. In altre parole pur registrando iniquità nell'accesso alle singole prestazioni ambulatoriali che completano l'iter diagnostico necessario per prospettare un intervento, il percorso di presa in carico complessivo nel caso dei tumori alla mammella non sembra influenzato dalla propensione dei pazienti alla spesa privata e quindi mantiene nel suo complesso un profilo sufficientemente equo.

Le analisi proposte identificano quali potenziali determinanti di accesso a una prestazione in solvenza prima del ricovero l'età avanzata, il genere maschile, una posizione lavorativa imprenditoriale/dirigenziale (come proxy di accesso a maggiori risorse economiche) e l'intervento effettuato presso un erogatore di diritto privato. In futuro, sarà cruciale sviluppare politiche sanitarie che mirino a ridurre le disparità individuate, promuovendo un accesso più equo ai servizi diagnostici preoperatori. Questo richiederà non solo una migliore allocazione delle risorse nel sistema pubblico, ma anche una regolamentazione più rigorosa dei percorsi programmabili del SSN, delle prestazioni erogate in regime privato e solvenza, per evitare che le disponibilità economiche influenzino in modo sproporzionato l'esperienza di cura dei pazienti. Una maggiore trasparenza reciproca e una

stretta collaborazione tra pubblico e privato potrebbero essere la chiave per migliorare l'equità e l'efficacia del sistema sanitario.

Alla luce delle evidenze presentate, in particolare, si propongono le seguenti suggestioni di policy:

- 1) vincolare e proporzionalmente finanziare gli erogatori pubblici e privati accreditati per interventi chirurgici critici e rilevanti a garantire a pacchetto l'intero percorso pre e post operatorio ambulatoriale in modo integrato, magari con una tariffa all inclusive di presa in carica con premi e incentivi legati agli outcome;
- 2) monitorare la variabilità del totale delle prestazioni ambulatoriali pre-ricovero sommando quelle erogate in regime SSN, solvenza aziendale e privato per favorire percorsi di convergenza verso standard evidence based. In altri termini, verificare che non ci sia una sovra induzione o sovra prescrizioni di prestazioni anche fuori dal regime SSN rispetto alle evidenze cliniche disponibili e assunte come riferimento;
- 3) una volta definiti percorsi a pacchetto e standardizzati i livelli assistenziali (numero e mix di prestazioni ambulatoriali pre-operatorie), verificare che la capacità produttiva finanziata dal SSN sia coerente all'epidemiologia della malattia. Laddove questa compatibilità non fosse disponibile, contenere gli standard assistenziali o allocare maggiori risorse a questo ambito;
- 4) focalizzare la spesa privata sulla scelta del professionista, su standard alberghieri superiori o su

standard assistenziali superiori, ma essendo espliciti sul fatto che superano le evidenze scientifiche assunte dal SSN.

Queste suggestioni potrebbero ispirare un intervento regolatorio relativo alla negoziazione contrattuale tra SSN ed erogatori pubblici e privati accreditati, che permetta di assicurare l'effettiva presa in carico ospedaliera dei pazienti soprattutto in ambiti e stadi patologici critici. In particolare, è fondamentale riconoscere che le prestazioni preoperatorie non possono essere considerate in modo frammentato, ma devono essere trattate come un pacchetto indivisibile, in carico all'erogatore dell'intervento chirurgico e che l'erogazione e la rendicontazione di tali attività possano essere considerate condizioni di erogazione dei contratti. Questa nuova regolamentazione garantirebbe maggiore uniformità nell'accesso alle cure e ridurrebbe il ricorso a prestazioni in solvenza al di fuori della libera scelta dei pazienti, promuovendo così una maggiore equità nel sistema sanitario.

Questo lavoro presenta tutti i limiti di uno studio condotto utilizzando flussi sanitari correnti. Le prestazioni in solvenza pura che non vengono rendicontate nei flussi correnti in quanto attualmente gli erogatori completamente privati non contribuiscono ad alcun flusso strutturato regionale. L'unica struttura nazionale che potrebbe svolgere questo lavoro su dati nazionali e con tutte le informazioni è il MEF che centralizza le rendicontazioni fiscali del cittadino.

Le prestazioni erogate nell'ambito di regimi assicurativi non sono, invece, raggiungibili da alcun sistema informativo nazionale. Questa ultima con-

siderazione rappresenta un limite e merita una riflessione approfondita rispetto alla potenziale influenza della copertura assicurativa privata sull'accesso alle prestazioni classificate come "solvenza". In molti casi, i pazienti possono disporre di assicurazioni sanitarie private che coprono, in tutto o in parte, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche offerte in regime di solvenza. Questo elemento introduce ulteriori complessità nella valutazione dell'equità del sistema, in quanto, come evidenziato nella analisi dei predittori di accesso ci sono cinetiche specifiche dei soggetti con redditi medio-alti che possono o per reddito o per benefit aziendali, avere una differente capacità di accedere a prestazioni in solvenza, sebbene attualmente questo non influenzi i tempi di attesa complessivi e, probabilmente, gli esiti clinici.

Un ulteriore limite dello studio è rappresentato dall'inclusione di tutti gli interventi per neoplasie, comprendendo sia maligne sia non maligne. Per le neoplasie maligne, non sono disponibili informazioni dettagliate sulla stadiazione, mentre per quelle non maligne mancano dati relativi alla dimensione e alla sede. Tali fattori potrebbero influenzare le scelte dei pazienti, rappresentando un potenziale elemento di pressione nella decisione del percorso di cura.

Questo chiaramente evidenzia quanto questa analisi raccolga solo una frazione non quantificabile dell'erogato. Tuttavia, l'utilizzo del flusso delle prescrizioni non erogate rappresenta, in questo specifico contesto un proxy molto credibile della erogazione completamente privata.

I punti di forza del lavoro risiedono nel fatto che i dati, raccolti a livello di

popolazione, forniscono un quadro rappresentativo della realtà metropolitana, caratterizzata da un elevato numero di erogatori pubblici e privati accreditati, con diverse strutture onco-

logiche di riferimento a livello nazionale. Questo consente di descrivere dinamiche complesse e di analizzare con precisione il ricorso alle prestazioni erogate.

BIBLIOGRAFIA

[1] Turrentine F.E., Fanning M., Garcia S.D., Fowler S.N., Clark C.J. (2015). Preoperative evaluation. *Surgical Clinics of North America*, 95(2): 209-226. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2014.11.004>.

[2] Bhatia S., Landier W., Paskett E.D., Peters K.B., Merrill J.K., Phillips J., Osarogiagbon R.U. (2022). Rural-Urban Disparities in Cancer Outcomes: Opportunities for Future Research. *J Natl Cancer Inst*, Jul 11; 114(7): 940-952. DOI: 10.1093/jnci/djac030. PMID: 35148389; PMID: PMC9275775.

[3] Bourgeois A., Horrill T., Mollison A., Stringer E., Lambert L.K., Stajduhar K. (2024). Barriers to cancer treatment for people experiencing socioeconomic disadvantage in high-income countries: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, May 28; 24(1): 670. DOI: 10.1186/s12913-024-11129-2. PMID: 38807237; PMID: PMC11134650.

[4] Kesson E.M., Allardice G.M., George W.D., Burns H.J., Morrison D.S. (2012). Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional

cohort study of 13 722 women. *BMJ*, Apr 26; 344: e2718. DOI: 10.1136/bmj.e2718. PMID: 22539013; PMID: PMC3339875.

[5] Rotter T., Kinsman L., James E. *et al.* (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*, 3: CD006632.

[6] Moscelli G., Siciliani L., Tonei V. (2016). Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. *Journal of Health Economics*, 50: 159-170. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.05.043.

[7] Goodair B., Reeves A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. *Lancet Public Health*, Mar; 9(3): e199-e206. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00003-3. PMID: 38429019.

[8] Colombo F., Tapay N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. *OECD Health Working Papers* No. 15. <https://dx.doi.org/10.1787/527211067757>.

Tab. 1 – Distribuzione di alcuni indicatori di erogazione degli interventi chirurgici per specifico erogatore

Tipo	Numero ricoveri		Urgenza	Ordinari programmati	Peso medio		Degenza media		Posti letto equivalenti		Numeri casi		Invasivi	
	2022	2023			2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
PUB01	697	689	128	1258	1.15	1.21	6.41	6.21	11.01	10.55	638	612	554	542
PUB02	43	79	38	84	1.41	1.70	14.65	16.54	1.55	3.22	41	77	36	73
PUB03	1792	1805	409	3188	1.71	1.74	7.55	8.55	33.37	38.07	1643	1660	1313	1363
PUB04	975	923	162	1736	1.65	1.60	6.95	6.64	16.71	15.11	894	818	755	738
PUB05	709	775	214	1270	1.44	1.40	7.79	7.55	13.62	14.42	628	665	552	610
PUB06	275	234	-	500	0.94	0.94	2.88	2.90	1.95	1.67	265	228	136	121
PUB07	236	276	56	456	1.68	1.75	10.56	10.93	6.14	7.44	206	236	185	222
PUB08	650	647	153	1144	1.32	1.52	6.91	8.66	11.07	13.81	576	587	496	533
PUB09	141	141	22	260	1.43	1.48	5.59	5.90	1.94	2.05	118	107	76	72
PUB10	488	487	124	851	1.43	1.19	6.98	5.00	8.39	6.00	446	435	412	375
PUB11	952	1022	279	1695	1.58	1.57	7.32	7.42	17.19	18.71	873	927	754	788
PUB12	461	425	144	742	1.52	1.58	8.07	8.04	9.18	8.42	410	358	357	310
PUB13	508	394	86	816	1.11	1.19	7.69	7.01	9.63	6.81	467	368	430	305
PUB14	419	383	54	748	1.12	1.08	4.06	3.75	4.19	3.54	409	370	255	257
PUB15	210	224	40	394	1.17	0.96	5.24	4.58	2.71	2.53	181	174	166	167
PUB16	119	123	44	198	1.39	1.42	9.13	7.98	2.68	2.42	115	122	60	47
PUB17	471	543	121	893	1.14	1.21	5.68	6.53	6.60	8.74	414	485	414	463
PUB18	1734	1743	58	3419	1.65	1.63	5.76	5.55	24.62	23.83	1616	1571	1477	1465
PUB19	218	195	-	413	2.12	2.19	7.09	6.92	3.81	3.33	210	189	53	46
PUB20	1574	1613	268	2919	1.53	1.55	6.42	7.08	24.91	28.15	1471	1496	977	1045
PRI01	231	215	62	384	1.28	1.20	6.24	6.31	3.56	3.35	205	184	149	148
PRI02	197	167	-	364	1.09	1.09	4.99	4.75	2.42	1.96	171	144	167	124
PRI03	154	138	45	247	1.53	1.37	7.49	6.45	2.85	2.19	129	98	121	111
PRI04	441	418	-	858	1.06	1.04	4.01	3.94	4.36	4.06	396	394	290	267
PRI05	85	85	-	170	1.20	1.27	5.39	4.99	1.13	1.05	81	76	41	46
PRI06	640	609	79	1170	1.14	1.28	3.49	4.19	5.51	6.30	577	551	433	400
PRI07	2264	2226	401	4089	1.57	1.53	6.31	6.10	35.23	33.48	2071	1983	1641	1560
PRI08	237	224	-	461	1.03	0.97	2.76	2.53	1.61	1.40	218	199	190	181
PRI09	1455	1322	44	2733	1.41	1.50	4.37	4.48	15.67	14.61	1334	1216	1236	1110
PRI10	1688	1831	313	3206	1.68	1.75	6.34	6.70	26.40	30.26	1592	1710	1328	1459
PRI11	177	309	40	446	1.81	1.66	7.55	5.87	3.30	4.48	167	279	117	232
PRI12	246	268	51	463	1.40	1.25	5.18	5.16	3.14	3.41	210	228	219	232
PRI13	233	155	50	338	1.79	1.95	7.88	6.70	4.53	2.56	224	140	218	149

Tab. 2 – Distribuzione delle prestazioni ambulatoriali erogate nei 120 giorni precedenti l'intervento chirurgico in regime esami cito-istologici per tipologia di erogazione (SSN/Solvenza/Privato) e per stato di diritto dell'erogatore (pubblico/privato)

	Totale							SSN	
	SSN		Solvenza		Privato		Totale	N.	%
	N.	%	N.	%	N.	%			
ALTRE PRESTAZIONI	3.685	87,80%	150	3,60%	364	8,70%	4.199	2.456	90,40%
ALTRE PRESTAZIONI – VISITA	13.084	72,00%	2.799	15,40%	2.294	12,60%	18.177	9.465	78,20%
ANESTESIA	104	69,80%	13	8,70%	32	21,50%	149	70	72,90%
ANESTESIA – VISITA	197	52,00%	75	19,80%	107	28,20%	379	148	63,50%
CARDIOLOGIA	9.638	59,30%	2.176	13,40%	4.432	27,30%	16.246	5.889	63,50%
CARDIOLOGIA – VISITA	1.133	63,20%	90	5,00%	570	31,80%	1.793	698	65,80%
CHIRURGIA GENERALE	6.671	83,20%	550	6,90%	801	10,00%	8.022	4.551	90,00%
CHIRURGIA GENERALE – VISITA	3.611	58,90%	1.448	23,60%	1.074	17,50%	6.133	2.329	68,50%
CHIRURGIA PLASTICA	407	68,40%	36	6,10%	152	25,50%	595	293	72,00%
CHIRURGIA PLASTICA – VISITA	888	64,80%	298	21,80%	184	13,40%	1.370	482	66,50%
CHIRURGIA VASCOLARE	60	46,50%	28	21,70%	41	31,80%	129	40	44,00%
CHIRURGIA VASCOLARE – VISITA	369	54,50%	97	14,30%	211	31,20%	677	250	58,70%
DERMOSIFILOPATIA	140	55,30%	34	13,40%	79	31,20%	253	92	58,20%
DERMOSIFILOPATIA – VISITA	1.229	47,70%	397	15,40%	952	36,90%	2.578	834	52,70%
MEDICINA NUCLEARE	6.587	67,50%	1.726	17,70%	1.450	14,90%	9.763	3.819	67,40%
MEDICINA NUCLEARE – VISITA	417	66,90%	114	18,30%	92	14,80%	623	71	69,60%
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	55.205	74,70%	6.441	8,70%	12.225	16,50%	73.871	35.860	79,00%
ENDOCRINOLOGIA – VISITA	2.333	59,70%	464	11,90%	1.112	28,40%	3.909	1.495	63,50%
ENDOSCOPIA	4.127	69,70%	449	7,60%	1.343	22,70%	5.919	2.660	74,10%
ENDOSCOPIA – VISITA	359	37,10%	282	29,20%	326	33,70%	967	229	41,40%
MEDICINA FISICA	1.708	66,20%	189	7,30%	683	26,50%	2.580	1.231	70,60%
MEDICINA FISICA – VISITA	449	41,90%	122	11,40%	500	46,70%	1.071	312	44,00%
NEFROLOGIA	588	77,60%	105	13,90%	65	8,60%	758	466	89,60%
NEFROLOGIA – VISITA	404	59,60%	74	10,90%	200	29,50%	678	320	64,80%
NEUROLOGIA	635	68,10%	21	2,30%	276	29,60%	932	437	73,20%
NEUROLOGIA – VISITA	1.348	56,00%	505	21,00%	554	23,00%	2.407	919	59,80%
OCULISTICA	2.084	63,50%	222	6,80%	975	29,70%	3.281	1.455	67,40%
OCULISTICA – VISITA	1.493	47,30%	513	16,30%	1.149	36,40%	3.155	1.014	49,90%
ODONTOSTOMATOLOGIA MAXILLO	518	65,30%	181	22,80%	94	11,90%	793	406	69,30%
ODONTOSTOMATOLOGIA MAXILLO – VISITA	859	75,70%	65	5,70%	210	18,50%	1.134	713	78,10%
ONCOLOGIA	728	83,80%	53	6,10%	88	10,10%	869	474	86,20%
ONCOLOGIA – VISITA	4.283	73,50%	431	7,40%	1.110	19,10%	5.824	2.768	78,20%
ORTOPEDIA	265	90,10%	3	1,00%	26	8,80%	294	167	89,30%
ORTOPEDIA – VISITA	1.395	54,40%	415	16,20%	752	29,40%	2.562	948	58,10%
OSTETRICA E GINECOLOGIA	1.219	70,30%	193	11,10%	322	18,60%	1.734	811	77,80%
OSTETRICA E GINECOLOGIA – VISITA	2.030	48,40%	1.158	27,60%	1.005	24,00%	4.193	1.451	59,00%
OTORINOLARINGOIATRIA	1.198	65,60%	108	5,90%	520	28,50%	1.826	829	70,30%
OTORINOLARINGOIATRIA – VISITA	1.874	54,90%	753	22,10%	785	23,00%	3.412	1.223	62,00%
PNEUMOLOGIA	2.998	71,70%	199	4,80%	984	23,50%	4.181	1.939	73,70%
PNEUMOLOGIA – VISITA	1.333	62,50%	199	9,30%	601	28,20%	2.133	920	65,90%
PSICHIATRIA	311	61,00%	60	11,80%	139	27,30%	510	248	71,30%
PSICHIATRIA – VISITA	135	49,50%	47	17,20%	91	33,30%	273	99	57,20%
RADIOTERAPIA – VISITA	597	64,40%	97	10,50%	233	25,10%	927	313	70,70%
UROLOGIA	3.137	71,60%	344	7,90%	898	20,50%	4.379	2.130	79,80%
UROLOGIA – VISITA	3.072	50,40%	1.847	30,30%	1.171	19,20%	6.090	2.208	62,10%
TOTALE	144.905	68,43%	25.571	12,08%	41.272	19,49%	211.748	95.532	73,46%

MECOSAN – ISSN 1121-6921, ISSNe 2384-8804, 2024, 129 DOI: 10.3280/mesa2024-129oa18976

ordinario e programmato (sono stati esclusi i ricoveri in urgenza) per branca ambulatoriale in cui vengono identificate le visite e gli

Pubblico					Privato							
Solvenza		Privato		Totale	SSN		Solvenza		Privato		Totale	
N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	N.	%		
43	1,60%	218	8,00%	2.717	1.229	82,90%	107	7,20%	146	9,90%	1.482	
1.291	10,70%	1.343	11,10%	12.099	3.619	59,50%	1.508	24,80%	951	15,60%	6.078	
9	9,40%	17	17,70%	96	34	64,20%	4	7,50%	15	28,30%	53	
21	9,00%	64	27,50%	233	49	33,60%	54	37,00%	43	29,50%	146	
803	8,70%	2.581	27,80%	9.273	3.749	53,80%	1.373	19,70%	1.851	26,50%	6.973	
50	4,70%	312	29,40%	1.060	435	59,30%	40	5,50%	258	35,20%	733	
90	1,80%	417	8,20%	5.058	2.120	71,50%	460	15,50%	384	13,00%	2.964	
463	13,60%	608	17,90%	3.400	1.282	46,90%	985	36,00%	466	17,10%	2.733	
19	4,70%	95	23,30%	407	114	60,60%	17	9,00%	57	30,30%	188	
125	17,20%	118	16,30%	725	406	62,90%	173	26,80%	66	10,20%	645	
24	26,40%	27	29,70%	91	20	52,60%	4	10,50%	14	36,80%	38	
54	12,70%	122	28,60%	426	119	47,40%	43	17,10%	89	35,50%	251	
23	14,60%	43	27,20%	158	48	50,50%	11	11,60%	36	37,90%	95	
173	10,90%	576	36,40%	1.583	395	39,70%	224	22,50%	376	37,80%	995	
1.031	18,20%	813	14,40%	5.663	2.768	67,50%	695	17,00%	637	15,50%	4.100	
12	11,80%	19	18,60%	102	346	66,40%	102	19,60%	73	14,00%	521	
2.574	5,70%	6.966	15,30%	45.400	19.345	67,90%	3.867	13,60%	5.259	18,50%	28.471	
188	8,00%	671	28,50%	2.354	838	53,90%	276	17,70%	441	28,40%	1.555	
169	4,70%	759	21,20%	3.588	1.467	62,90%	280	12,00%	584	25,10%	2.331	
130	23,50%	194	35,10%	553	130	31,40%	152	36,70%	132	31,90%	414	
90	5,20%	423	24,30%	1.744	477	57,10%	99	11,80%	260	31,10%	836	
70	9,90%	327	46,10%	709	137	37,80%	52	14,40%	173	47,80%	362	
	0,00%	54	10,40%	520	122	51,30%	105	44,10%	11	4,60%	238	
41	8,30%	133	26,90%	494	84	45,70%	33	17,90%	67	36,40%	184	
8	1,30%	152	25,50%	597	198	59,10%	13	3,90%	124	37,00%	335	
272	17,70%	345	22,50%	1.536	429	49,30%	233	26,80%	209	24,00%	871	
94	4,40%	610	28,30%	2.159	629	56,10%	128	11,40%	365	32,50%	1.122	
295	14,50%	722	35,50%	2.031	479	42,60%	218	19,40%	427	38,00%	1.124	
121	20,60%	59	10,10%	586	112	54,10%	60	29,00%	35	16,90%	207	
48	5,30%	152	16,60%	913	146	66,10%	17	7,70%	58	26,20%	221	
26	4,70%	50	9,10%	550	254	79,60%	27	8,50%	38	11,90%	319	
156	4,40%	616	17,40%	3.540	1.515	66,30%	275	12,00%	494	21,60%	2.284	
	0,00%	20	10,70%	187	98	91,60%	3	2,80%	6	5,60%	107	
228	14,00%	457	28,00%	1.633	447	48,10%	187	20,10%	295	31,80%	929	
72	6,90%	159	15,30%	1.042	408	59,00%	121	17,50%	163	23,60%	692	
444	18,10%	564	22,90%	2.459	579	33,40%	714	41,20%	441	25,40%	1.734	
45	3,80%	306	25,90%	1.180	369	57,10%	63	9,80%	214	33,10%	646	
251	12,70%	500	25,30%	1.974	651	45,30%	502	34,90%	285	19,80%	1.438	
66	2,50%	626	23,80%	2.631	1.059	68,30%	133	8,60%	358	23,10%	1.550	
92	6,60%	383	27,50%	1.395	413	56,00%	107	14,50%	218	29,50%	738	
8	2,30%	92	26,40%	348	63	38,90%	52	32,10%	47	29,00%	162	
22	12,70%	52	30,10%	173	36	36,00%	25	25,00%	39	39,00%	100	
23	5,20%	107	24,20%	443	284	58,70%	74	15,30%	126	26,00%	484	
95	3,60%	443	16,60%	2.668	1.007	58,90%	249	14,60%	455	26,60%	1.711	
691	19,40%	654	18,40%	3.553	864	34,10%	1.156	45,60%	517	20,40%	2.537	
10.550	8,11%	23.969	18,43%	130.051	49.373	60,43%	15.021	18,39%	17.303	21,18%	81.697	

Tab. 3 – Distribuzione dei potenziali determinanti l'accesso a prestazioni in solvenza e stima dei relativi Odds Ratio (OR) e dei corrispondenti intervalli di confidenza al 95% stimati mediante un modello logistico non condizionato multinomiale

Classe di età	SSN		Solvenza		Privato		Totale		Solvenza		Privato	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<35	929	3,8%	241	6,7%	254	4,7%	1424	4,3%	1#		1#	
35-39	576	2,4%	149	4,1%	179	3,3%	904	2,7%	0,93 [0,73-1,19]	1,14 [0,91-1,44]		
40-44	967	4,0%	250	6,9%	304	5,6%	1521	4,5%	0,95 [0,76-1,18]	1,18 [0,96-1,45]		
45-49	1680	6,9%	350	9,7%	415	7,7%	2445	7,3%	0,78 [0,64-0,96]	0,94 [0,77-1,15]		
50-54	1982	8,1%	356	9,9%	459	8,5%	2797	8,4%	0,71 [0,58-0,87]	0,91 [0,75-1,11]		
55-59	2233	9,1%	364	10,1%	536	9,9%	3133	9,4%	0,69 [0,56-0,85]	0,98 [0,81-1,18]		
60-64	2622	10,7%	354	9,8%	556	10,3%	3532	10,6%	0,61 [0,49-0,75]	0,90 [0,74-1,09]		
65-69	2981	12,2%	330	9,1%	620	11,5%	3931	11,7%	0,56 [0,45-0,70]	0,94 [0,77-1,15]		
70-74	3438	14,1%	373	10,3%	633	11,7%	4444	13,3%	0,62 [0,49-0,77]	0,88 [0,72-1,08]		
75-79	3113	12,7%	363	10,0%	648	12,0%	4124	12,3%	0,69 [0,55-0,86]	1,02 [0,83-1,25]		
80-84	2451	10,0%	267	7,4%	485	9,0%	3203	9,6%	0,72 [0,56-0,91]	1,03 [0,84-1,28]		
≥85	1488	6,1%	215	6,0%	304	5,6%	2007	6,0%	1,03 [0,80-1,32]	1,13 [0,90-1,41]		
Genere												
Uomini	10114	41,3%	1471	40,7%	2284	42,4%	13869	41,4%	1#		1#	
Donne	14346	58,7%	2141	59,3%	3109	57,6%	19596	58,6%	0,83 [0,77-0,91]	0,91 [0,85-0,97]		
Stato Civile												
non coniugato	3880	15,9%	683	18,9%	950	17,6%	5513	16,5%	1#		1#	
coniugato	13271	54,3%	1907	52,8%	2916	54,1%	18094	54,1%	1,10 [0,99-1,23]	1,01 [0,92-1,11]		
separato/divorziato/ vedovo	3446	14,1%	330	9,1%	670	12,4%	4446	13,3%	0,89 [0,76-1,04]	0,99 [0,88-1,12]		
Mancante	3863	15,8%	692	19,2%	857	15,9%	5412	16,2%	0,96 [0,84-1,08]	0,92 [0,83-1,03]		
Professione												
White collar	4989	20,4%	1097	30,4%	1449	26,9%	7535	22,5%	1,69 [1,49-1,91]	1,41 [1,27-1,56]		
Blue collar	2777	11,4%	262	7,3%	550	10,2%	3589	10,7%	0,85 [0,72-1,00]	1,01 [0,89-1,14]		
Casalinga	1382	5,7%	173	4,8%	289	5,4%	1844	5,5%	1,26 [1,04-1,52]	1,15 [0,99-1,33]		
Pensionato	9155	37,4%	865	23,9%	1686	31,3%	11706	35,0%	1#	1#		
Non occupato	4070	16,6%	924	25,6%	969	18,0%	5963	17,8%	1,80 [1,59-2,04]	1,19 [1,07-1,32]		
Studente	264	1,1%	59	1,6%	74	1,4%	397	1,2%	1,46 [1,03-2,06]	1,23 [0,90-1,69]		
Mancante	1823	7,5%	232	6,4%	376	7,0%	2431	7,3%	1,95 [1,64-2,32]	1,23 [1,07-1,40]		

(segue)

	SSN		Solvenza		Privato		Totale	Solvenza		Privato
Peso intervento										
<1	12258	50,1%	1959	54,2%	2552	47,3%	16769	50,1%	1#	1#
1-2	8008	32,7%	1199	33,2%	1932	35,8%	11139	33,3%	1,04 (0,95-1,13)	1,25 (1,16-1,34)
>2	4194	17,1%	454	12,6%	909	16,9%	5557	16,6%	0,83 (0,74-0,94)	1,19 (1,09-1,31)
Anno intervento										
2022	12665	51,8%	1721	47,6%	2573	47,7%	16959	50,7%	1#	1#
2023	11795	48,2%	1891	52,4%	2820	52,3%	16506	49,3%	1,18 (1,10-1,27)	1,18 (1,11-1,25)
Comportamento della neoplasia										
Solidi Invasivi	16925	69,2%	2137	59,2%	3383	62,7%	22445	67,1%	0,58 (0,53-0,64)	0,62 (0,57-0,68)
Metastatici	529	2,2%	40	1,1%	107	2,0%	676	2,0%	0,35 (0,25-0,48)	0,57 (0,45-0,71)
Emolinfopoietico	1200	4,9%	139	3,8%	237	4,4%	1576	4,7%	0,51 (0,41-0,62)	0,55 (0,47-0,64)
Benigni	4389	17,9%	1079	29,9%	1368	25,4%	6836	20,4%	1#	1#
Comportamento Incerto	1417	5,8%	217	6,0%	298	5,5%	1932	5,8%	0,70 (0,59-0,82)	0,67 (0,58-0,77)
Stato diritto erogatore										
Pubblico	15947	65,2%	1346	37,3%	2966	55,0%	20259	60,5%	1#	1#
Privato	8513	34,8%	2266	62,7%	2427	45,0%	13206	39,5%	3,13 (2,89-3,39)	1,50 (1,41-1,60)
Totale	24460	100,0%	3612	100,0%	5393	100,0%	33465	100,0%		

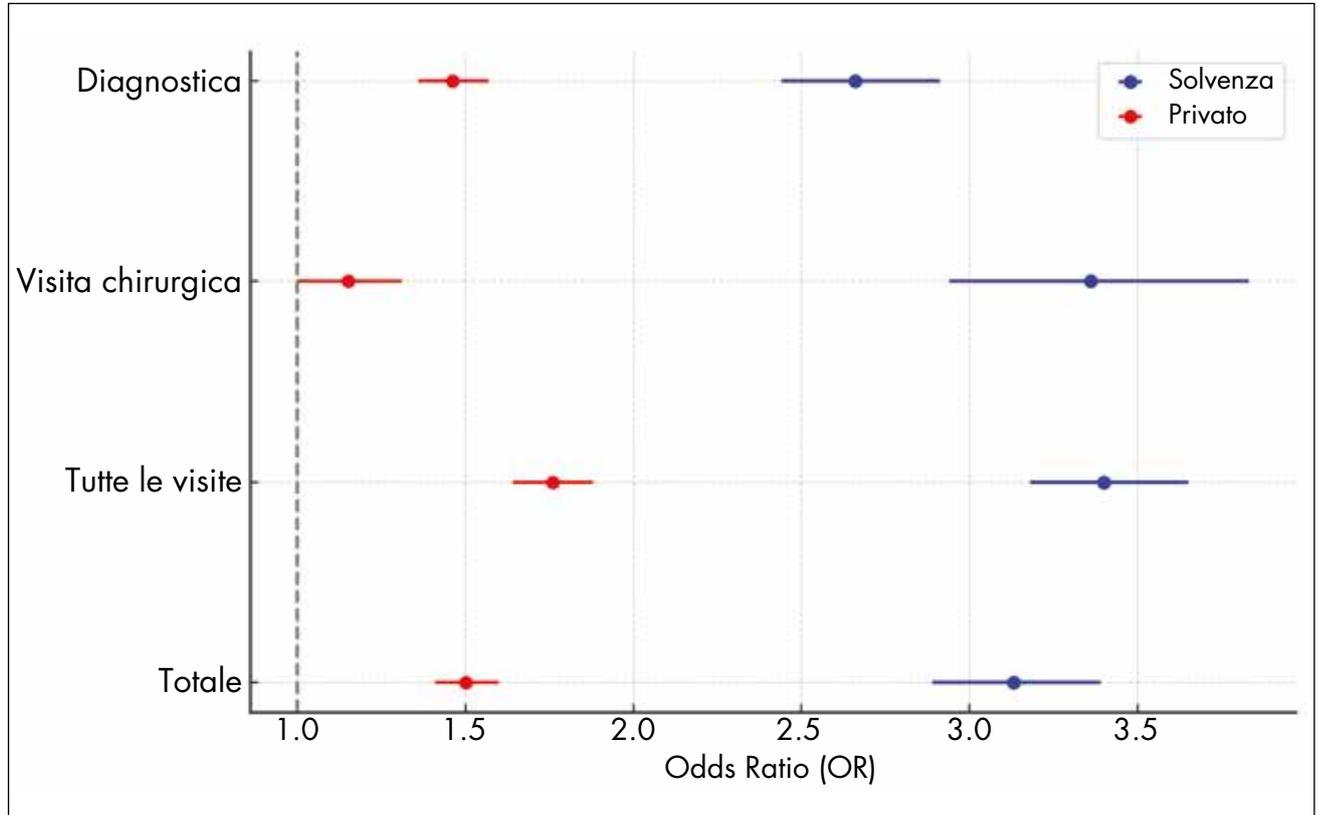
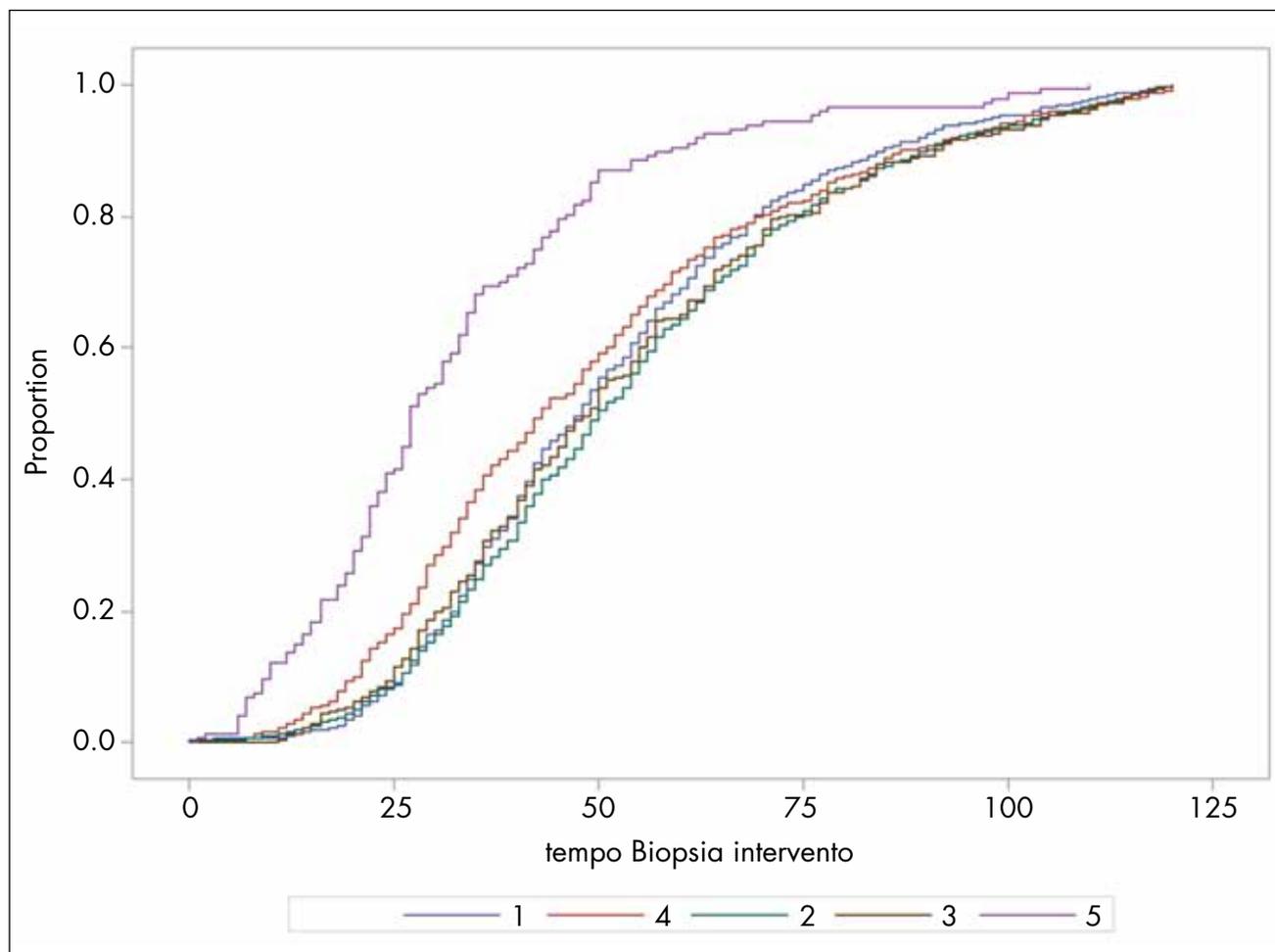


Fig. 1
 Funnel plot che riporta gli Odds Ratio (OR) e relativi intervalli di confidenza al 95% stimati in 4 differenti modelli* di tipo logistico non condizionato multinomiale

* Corretti per classe di età, genere, stato civile, professione, peso intervento, anno intervento, comportamento della neoplasia.

**Fig. 2**

Distribuzione del tempo biopsia* intervento nei soggetti residenti nella ATS di Milano con ricovero per intervento chirurgico di tumore della mammella (DRG 257, 258, 259, 260)

* Biopsia/citologia/esame istologico nei 120 giorni precedenti l'intervento: i soggetti senza prestazione sono stati esclusi dalla analisi; escluse le prestazioni di laboratorio

Tab. 4 – Medie e mediane del tempo biopsia intervento nei soggetti residenti nella ATS di Milano con ricovero per intervento chirurgico di tumore della mammella e visita chirurgica precedente per livelli mutuamente esclusivi di accesso alle prestazioni in SSN/solvenza-privato

Stratificazione	N.	Media	SE	Mediana
1. Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime pubblico	1207	51.66	0.67	48.00
2. Pazienti con prestazioni in solvenza o private, ma a prevalenza di regime pubblico	2732	54.22	0.47	50.00
3. Pazienti che fanno lo stesso numero di accertamenti in SSR e in regime solvenza-privato	258	53.19	1.59	49.00
4. Pazienti con prestazioni in regime SSR, ma prevalenza di regime solvenza-privato	519	48.99	1.16	43.00
5. Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime solvenza-privato	147	32.49	1.73	27.00