

Liste d'attesa, livelli di produttività e trend della specialistica ambulatoriale nel SSN del post-Covid

Alberto Ricci, Luca Giuseppe Merlino*

Il biennio 2021-2022 ha registrato un rilevante aumento della spesa sanitaria pubblica nominale, un incremento del personale e una serie di misure per ridurre delle liste d'attesa.

Il presente contributo ha verificato, in primo luogo, come tali risorse aggiuntive e tali politiche non si siano tradotte in un aumento proporzionale del valore delle prestazioni specialistiche (ricoveri e ambulatoriali) effettivamente erogate.

In secondo luogo, il contributo ha approfondito l'andamento dei principali macroraggruppamenti di prestazioni (classi FA-RE) per individuare le differenze interne al settore della specialistica ambulatoriale: solo il laboratorio ha registrato significativi aumenti, mentre le branche maggiormente interessate da politiche di recupero delle attese hanno osservato, paradossalmente, le maggiori criticità. Tali evidenze segnalano l'importanza di alcuni fattori di tipo regolatorio, di accessibilità, di governo clinico e di organizzazione e rafforzano la necessità di implementare modelli fortemente basati sulla presa in carico.

* Alberto Ricci, Associate Professor of Practice, SDA Bocconi School of Management. E-mail: alberto.ricci@unibocconi.it.

Luca Giuseppe Merlino, Direttore Generale, Centro Cardiologico Monzino IRCCS.

Parole chiave: tempi di attesa, spesa sanitaria, valore, produttività, specialistica ambulatoriale, classi FA-RE.

Waiting lists, productivity levels, and trends in outpatient specialty care within the post-COVID Italian National Health Service (NHS)

The two-year period of 2021–2022 saw a significant increase in nominal public healthcare spending, a rise in personnel, and a series of measures aimed at reducing waiting lists.

This contribution first examined how these additional resources and policies have not translated into a proportional increase in the actual value of specialty services (inpatient and outpatient) provided.

Secondly, the study delved into the trends within the main macro-groups of services (FA-RE categories) to identify internal differences within the outpatient specialty sector: only laboratory services showed significant increases, while the areas most targeted by waitlist reduction policies paradoxically faced the most critical challenges.

These findings highlight the importance of regulatory, accessibility, clinical governance, and organizational factors, emphasizing the need to implement models strongly based on patient-centered care.

S O M M A R I O

1. Introduzione e domande di ricerca
2. Richiami alla letteratura e alla normativa di riferimento
3. Metodi
4. Risultati
5. Discussione
6. Conclusioni

Keywords: waiting times, healthcare expenditure, NHS, productivity, outpatient services, FA-RE categories.

Articolo sottomesso: 30/10/2024,
accettato: 28/05/2025

1. Introduzione e domande di ricerca

1.1. Liste d'attesa: rilevanza del tema, cause del fenomeno e gap conoscitivi
Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano nasce con la Legge n. 833/1978 con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini il diritto alle cure previsto dall'art. 32 della Costituzione, secondo il principio fondante dell'universalismo di accesso ai servizi.

Oggi si può affermare che la maggioranza dei cittadini che hanno bisogno di cure essenziali e urgenti, soprattutto in ambito ospedaliero, riescono a ottenerle dal sistema pubblico: sia nel 2022 sia nel 2023, l'ISTAT registra come il 96% delle attività ospedaliere sia a carico del SSN. È altrettanto certo che, non da oggi, una quota importante di prestazioni di specialistica ambulatoriale viene erogata al di fuori del regime SSN. L'intero aggregato ambulatoriale evidenzia una quota del regime privato pari al 57% nel 2022, in lieve discesa al 56% nel 2023. In questo ambito la tendenza all'ampliamento del regime privato, almeno in relazione ai volumi totali, sembra accentuarsi negli ultimi anni: secondo l'ISTAT (Freguja, 2023), le visite specialistiche a carico dei cittadini sono aumentate dal 37% nel 2019 al 42% nel 2022¹; gli accertamenti diagnostici in regime privato dal 23% al 28%. A essi deve essere aggiunta la

quota di prestazioni ottenute e rimborsate da enti assicurativi e mutualistici, che raggiungono il 5% per entrambe le categorie.

Non tutte le prestazioni in regime privato sono ricollegabili a disfunzionalità del SSN; in molti casi, la scelta sulla modalità di finanziamento e fruizione può essere frutto di una valutazione autonoma della persona (Del Vecchio *et al.*, 2023). Allo stesso tempo, è evidente che i tempi di attesa del regime pubblico rivestono un ruolo importante nella risposta efficace al bisogno di salute. Del resto, il differenziale nelle percentuali di ricorso al regime privato tra accertamenti e visite (cfr. *supra*) è pari a 14 punti. Si può ipotizzare che esso rifletta la diversa rilevanza delle caratteristiche di servizio (fiducia nel singolo professionista, qualità percepita della struttura ecc.) in aggiunta al fattore della pura e semplice accessibilità della prestazione (dove e soprattutto quando la posso ottenere). Ritornando ai dati ufficiali, l'ISTAT (2024), nel Rapporto BES che fa riferimento al 2022, riporta una quota di cittadini che dichiarano di rinunciare a cure necessarie pari al 7,6% della popolazione; il motivo più frequentemente dichiarato è quello delle lunghe liste d'attesa (4,5%). La Corte dei Conti riporta che, a livello nazionale, al termine del 2022, rimaneva da erogare il 43% delle prestazioni di specialistica arretrate a causa del Covid e per le quali erano stati attivati i Piani Operativi di Recupero, con i relativi finanziamenti (D.L. n. 73/21). L'analisi della normativa e delle politiche sanitarie, dettagliata nel paragrafo seguente, permette di identificare due principali teorie alla base degli interventi diretti a ridurre le liste d'attesa.

¹ Dopo aver raggiunto un massimo del 44% nel 2021.

Secondo la prima teoria, le attese sono principalmente causate dalla scarsità di risorse a disposizione: scarsità che si concretizza in un dato momento storico, come la pandemia, oppure che si manifesta a seguito del progressivo definanziamento del SSN (cfr. Fondazione GIMBE, 2024). Dunque, si tratterebbe di un problema sostanzialmente risolvibile con incrementi di finanziamento e di ore-uomo disponibili. Tali interventi sono stati effettivamente osservati nel biennio 2021-2022 e oltre, anche se sulla loro portata reale la discussione è aperta e si presta a molteplici interpretazioni (Longo e Ricci, 2024). Il significativo aumento del finanziamento osservato negli esercizi dal 2020 in poi permette di analizzare un contesto inedito per il SSN, dando la possibilità di comprendere se l'aumento di risorse finanziarie si è tradotto in maggiori volumi e valori di servizio.

La seconda ipotesi riconduce le liste a una mancanza di efficienza operativa, in gran parte da attribuire alle strutture erogatrici. Si tratterebbe, dunque, di rendere più fluidi i processi che consentono al paziente di ottenere la prestazione; per esempio, migliorando i sistemi di prenotazione, o accentuando a tutti i livelli istituzionali la pressione sull'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa. Anche questa seconda categoria di interventi è stata ampiamente osservata nel periodo post-pandemico, traducendosi in obiettivi attribuiti alle Direzioni generali (Ardito *et al.*, 2024) e incorporati nei PIAO (Lecci, Del Vecchio e Longo, 2024). Chi scrive ritiene che entrambe le teorie, e le conseguenti azioni intraprese, abbiano un loro valore, ma che non siano sufficienti né a interpretare compiutamente il fenomeno delle attese,

né a porre le basi per il suo contrasto. Sia l'accento sulle risorse dedicate, sia quello sull'efficienza presidiano prevalentemente il versante dell'offerta (il "dito"), ma non quello della domanda e del contesto nel quale vengono erogati i servizi (la "luna"). Se non si è consapevoli delle dinamiche generali del SSN, della specialistica ambulatoriale, di alcune disfunzionalità che travalicano il semplice tema delle attese, sarà più difficile, se non impossibile, adottare una corretta logica di fondo e implementare politiche e soluzioni organizzative davvero impattanti. Del resto, la mancanza di quadri di sistema esaustivi è da ricondurre anche alla difficoltà di raccogliere, analizzare congiuntamente e interpretare dati provenienti da istituzioni e fonti amministrative diverse. A titolo esemplificativo, il valore delle prestazioni specialistiche erogate dal SSN è reperibile per la componente di ricoveri nel Rapporto SDO del Ministero della Salute; per la componente ambulatoriale, invece, la fonte è il documento di Monitoraggio della spesa sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dati di contesto e domanda, come il tasso di inflazione e il numero di assistiti over 65, sono invece reperibili presso le banche dati dell'ISTAT.

1.2. Obiettivi e domande di ricerca

Il presente contributo vuole colmare il gap di analisi e interpretazione sopra illustrato. Attraverso la combinazione di più fonti amministrative, intende infatti proporre alcune evidenze empiriche e alcune interpretazioni ampie del contesto nel quale si pone il tema delle attese della specialistica ambulatoriale.

In particolare, il primo obiettivo di ricerca è quello di inquadrare le dina-

miche di produttività del SSN nel suo complesso, per approfondire l'ipotesi per la quale un aumento di risorse porta automaticamente a un aumento delle prestazioni offerte, dal momento che quest'ultimo risultato è ritenuto una condizione necessaria per la diminuzione delle liste. La produttività qui può essere assimilata al concetto di efficienza nelle istituzioni e nel management pubblico (Fattore, 2018): rapporto tra risorse impiegate (*input*) e risultati conseguiti (*output*, espressi sotto forma di beni e servizi offerti e del corrispondente valore).

Il secondo obiettivo di ricerca è quello di fornire alcune evidenze utili a valutare in che modo e misura le politiche sanitarie orientate a una maggiore produttività nell'ambito delle visite e della diagnostica per immagini abbiano sortito effetti, osservando gli andamenti di volumi e valori di tali macroaggregazioni con quelli di aree della specialistica non interessate da specifici interventi di recupero.

Le domande di ricerca, di conseguenza, possono essere così formulate:

- a) Quali trend di produttività sono riscontrabili nel SSN nel triennio precedente e nel triennio seguente il diffondersi della pandemia da Covid-19, vale a dire, in due periodi caratterizzati da livelli assoluti di spesa SSN molto differenti? In altri termini, si riscontra un aumento del valore e dei volumi delle prestazioni erogate (*output*) in linea con l'aumento delle risorse impiegate (*input*)?
- b) Quali dinamiche di andamento dei valori e dei volumi presentano le differenti macroaggregazioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale, distinte a seconda che siano

state interessate o meno da esplicativi programmi di recupero delle liste d'attesa?

Per entrambe le domande di ricerca, l'obiettivo non è quello di esprimersi in maniera netta e dicotomica, quanto quello di presentare una serie di solide evidenze descrittive, a partire dalle quali proporre interpretazioni e suggerire ulteriori e più dettagliate domande di ricerca.

2. Richiami alla letteratura e alla normativa di riferimento

2.1. Principale letteratura di riferimento

I tempi di attesa costituiscono un parametro di accessibilità dei servizi utilizzato in tutte le nazioni dove vengono servizi sanitari nazionali di tipo universalistico e mutualistico. Il tema è stato oggetto di monitoraggio da parte di istituzioni internazionali come l'OCSE e ampiamente analizzato dalla letteratura internazionale e nazionale: si vedano, tra i più rappresentativi, i lavori di Pomey *et al.* (2013), Grenwood-Lee *et al.* (2018), Boscolo *et al.* (2021). In grande sintesi, l'attesa è causata da uno squilibrio tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie, che può essere considerato strutturale e crescente, dato, peraltro, l'invecchiamento della popolazione. L'attesa rappresenta essa stessa uno strumento di governo della domanda e di riduzione dell'inappropriatezza, ovviamente non dichiarato in questi termini, e spesso non consapevole. Sono numerosi gli strumenti possibili per la riduzione delle liste, in parte focalizzati sul lato della domanda, come il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dei criteri di prioritizzazione delle prestazioni, e in parte sul lato dell'offerta, come la ristruttura-

razione dei meccanismi di invio, dei ruoli e dei percorsi dei pazienti, la digitalizzazione dei dati e il rafforzamento di meccanismi di monitoraggio. In merito alla scelta degli strumenti, alcuni autori sottolineano che i concetti di tempo d'attesa e lista d'attesa sono concetti collegati, ma non coincidono (Lecci, 2021). Miglioramenti nella produttività possono diminuire i tempi di attesa nel breve, ma, paradossalmente, indurre un aumento della domanda nel medio termine, un aumento delle liste e una nuova crescita delle tempistiche necessarie per ottenere la prestazione (Siciliani, 2013). La letteratura più recente raccomanda quindi un approccio multidimensionale (Bachelet, 2019). Recenti esperienze nazionali (Armanaschi *et al.*, 2022) indicano come sia possibile ed efficace, prima di intervenire sull'offerta, costruire cruscotti informativi per valutare il fenomeno delle attese. Per esempio, confrontando le condizioni erogative e di consumo dei singoli territori, sulla base di molteplici parametri: tassi standardizzati di consumo dei residenti, presenza di iperprescrittori, livelli di mobilità, distribuzione più o meno equilibrata delle classi di priorità. Al contrario, politiche basate sulla pura e semplice attribuzione di risorse aggiuntive accompagnate da scadenze stringenti per la redazione dei piani di recupero delle liste si sono rivelate inefficaci (Costa *et al.*, 2021). Le evidenze disponibili rafforzano il dato di buonsenso, per cui il primo passo di qualsiasi politica su questo tema dovrebbe essere rappresentato dalle analisi del contesto in cui le liste di attesa si formano, per poi implementare i dovuti interventi correttivi. Del resto, solo a partire da un raffor-

zamento della cultura del dato è realisticamente possibile trovare il terreno comune necessario per il coordinamento di molteplici attori a diversi livelli istituzionali e la progressiva sensibilizzazione dei professionisti, dei pazienti e anche dell'opinione pubblica.

2.2. Richiami alla normativa di riferimento per le politiche nazionali di riduzione delle attese

In Italia, negli ultimi 10-15 anni, sono state emanate, da parte dello Stato e, in termini attuativi, dalle Regioni, numerose misure finalizzate a un migliore governo dei tempi di attesa. Tra le principali, si ricordano, prima della pandemia Covid-19, i Piani Nazionali di Gestione delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2010-2012 e 2019-2021; successivamente al diffondersi dell'epidemia, i D.L. nn. 104/2020 e 73/2021 per il recupero delle prestazioni perse nei mesi dell'emergenza sanitaria. A essi si aggiunge il recente Decreto Legge n. 73/24 per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, convertito in legge nel luglio 2024. L'analisi dettagliata della normativa sopra elencata esula dagli scopi del presente contributo. Inoltre, alcune misure prevedono l'emanazione di documenti regionali di attuazione. È comunque possibile e utile riprendere i contenuti più rilevanti e ricorrenti del quadro nazionale, che possono essere ricondotti ai seguenti aspetti. Innanzitutto, sono riscontrabili elementi di programmazione sanitaria, con la definizione della corretta priorità del paziente in relazione alle prestazioni richieste, che devono essere erogate entro tempi massimi garantiti. A tutt'oggi, sulla base del PNGLA 2019-'21, sono oggetto di particolare

monitoraggio dei tempi d'attesa 69 prestazioni, di cui 55 accertamenti diagnostici e 14 visite specialistiche. Se l'erogazione delle prestazioni non avviene nei tempi prestabiliti, il paziente può ottenere la prestazione in libera professione intramuraria, senza oneri a suo carico. Inoltre, lo stesso PNGLA 2019-'21 richiama al tema dell'appropriatezza prescrittiva invitando all'utilizzo dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), da elaborare a livello clinico su scala regionale e locale.

Le politiche introdotte hanno inoltre previsto di intervenire su alcuni elementi tecnologici, come l'introduzione di piattaforme condivise di prenotazione, estese su base regionale. Attraverso queste ultime, i cittadini possono accedere alle agende ambulatoriali di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati, in modo da avere la possibilità di scegliere tra diverse strutture e tra differenti tempi di attesa. Si tratta dell'implementazione dei CUP (Centri Unici di Prenotazione), introdotti dai due successivi PNGLA e favorita da uno stanziamento di complessivi 400 milioni tra la Legge n. 136/18 e la Legge di Bilancio 2019. Ulteriori misure hanno riguardato elementi regolatori e organizzativi, con la possibilità di ampliare gli orari di apertura degli ambulatori (PNGLA 2019-'21) e il divieto di sospendere le prenotazioni stesse per le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate (D.L. n. 73/24).

Le politiche intervengono anche su alcuni rilevanti elementi di governance. In questo ambito, attraverso i due PNGLA, spicca l'attribuzione di responsabilità di monitoraggio regionali nei confronti delle Aziende, con riferimento a un numero crescente di

parametri: da elementi "di base" come la raccolta della classe di priorità, della modalità di accesso e del rispetto dei tempi massimi di attesa (PNGLA 2010-'12), alla raccolta di elementi processuali di maggiore dettaglio come la data di prenotazione, la data di erogazione effettiva, l'azienda erogatrice. Il D.L. n. 73/24 rafforza le responsabilità regionali istituendo il RUAS (Responsabile Unico Attività Sanitarie), incaricato di monitorare l'efficienza nell'erogazione dei servizi e in particolare il recupero delle liste. Inoltre, il Decreto prevede l'istituzione di una Piattaforma nazionale per il monitoraggio nazionale delle liste d'attesa, che, sulla base di apposite linee guida, potrà garantire l'interoperabilità delle piattaforme regionali. In parallelo, il Decreto stabilisce maggiori poteri di audit in capo ad AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali) e di monitoraggio in capo al Ministero della Salute, attraverso l'istituzione di un Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. L'Organismo, previo contraddirittorio, può esercitare poteri sostitutivi in caso di inadempienza regionale nell'attuazione del Decreto. Infine, gli sforzi per il recupero delle liste hanno interessato alcuni aspetti finanziari. Per esempio, lo stanziamento di risorse *ad hoc* per la remunerazione del personale pubblico impegnato nel recupero delle prestazioni arretrate (D.L. n. 104/2020 e D.L. n. 73/21) e per l'acquisto di prestazioni aggiuntive da privati (Legge di Bilancio per il 2022), come anche per la defiscalizzazione dei redditi percepiti nell'ambito delle attività di smaltimento delle liste (D.L. n. 73/24). Altre misure che il legislatore ha direttamente collegato alla necessità di ridurre le liste d'attesa

sono state l'allentamento progressivo dei tetti sulla spesa per il personale pubblico e per prestazioni acquisite dal privato accreditato (D.L.n. 73/24). I risultati del PNGLA 2019-'21, come intuibile, sono stati totalmente condizionati dall'epidemia di Covid-19; quelli del recente D.L. n. 73/24, ovviamente, saranno apprezzabili nei mesi e negli anni a venire. Già oggi, però, la rassegna delle politiche sanitarie in questo ambito conferma che le misure tendono, in maniera preponderante, a porre il tema delle liste d'attesa come un problema di offerta: un'offerta da rafforzare attraverso risorse aggiuntive e/o incentivi all'efficienza, ma sempre collegata a una logica prestazionale, tutta focalizzata sui volumi da incrementare più che sulla considerazione delle condizioni di domanda e di contesto.

3. Metodi

La risposta alle domande di ricerca è stata sviluppata raccogliendo e combinando serie di dati amministrativi pubblicamente disponibili, poi rappresentati attraverso strumenti di statistica descrittiva. Gli obiettivi di ricerca, del resto, non prevedono di giungere a generalizzazioni, previsioni o test di nessi causali, ma a una rappresentazione inedita e più dettagliata di fenomeni espressi da serie storiche interamente disponibili (Ruane, 2004), ma non ancora raccolte e analizzate in maniera integrata. Il lavoro ha seguito i passaggi metodologici per l'analisi descrittiva dei dati amministrativi proposta da Folsom, Osborne-Lampkin e Herrington (2014):

- fissare la domanda di ricerca;
- identificare le diverse fonti dati utili;
- richiedere i dati amministrativi (quando non disponibili pubblicamente);

- preparare i singoli dataset;
- combinare i dataset;
- analizzare e rappresentare i fenomeni di interesse.

Sul piano delle fonti, per le elaborazioni presentate di seguito, sono stati utilizzati i seguenti dati, pubblicamente accessibili:

- dati di spesa del SSN riportati dalla relazione sul monitoraggio della Spesa sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- dati di valorizzazione delle prestazioni sanitarie, riportati dalla stessa relazione della Ragioneria generale dello Stato con riferimento alla specialistica ambulatoriale e dal Rapporto SDO del Ministero della Salute per quanto riguarda i ricoveri;
- dati di numerosità delle prestazioni erogate, riportati dal Ministero della Salute: Rapporto SDO (ricoveri ospedalieri) e Annuario Statistico (prestazioni ambulatoriali);
- dati sul personale dipendente del SSN, riportati dal Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- dati sulla popolazione residente e sull'inflazione annua riportati da ISTAT, portale I.stat;
- dati di volumi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale riportati da AGENAS, attraverso la piattaforma dedicata, e dall'Open Data di Regione Lombardia.

In termini di scelta delle annualità osservate, per investigare il tema della produttività del SSN si è scelto di focalizzare l'attenzione su due archi temporali identici (due trienni) collocati prima e dopo un elemento di marcata discontinuità, come il diffon-

dersi dell'epidemia di Covid-19, verificatosi nei primi mesi del 2020. Gli intervalli analizzati compiutamente sono, da un lato, il triennio con "anno base" 2016, che comprende gli esercizi 2017, 2018 e 2019 ("Pre-Covid") e i relativi andamenti delle grandezze osservate; dall'altro, il triennio con "anno base" 2019, che comprende gli esercizi 2020, 2021 e 2022 ("Post-Covid"). La disponibilità di dati con riferimento a questi due trienni è completa e ottimale, mentre non sarebbe stato possibile estendere ulteriormente l'analisi a periodi precedenti o seguenti a causa dell'incompletezza dei dati amministrativi². Quando disponibile, il valore dell'anno 2023 è stato riportato nell'analisi per aumentare la completezza e l'aggiornamento del quadro offerto e preso in considerazione nelle interpretazioni dei risultati complessivi del lavoro.

Per approfondire gli andamenti delle diverse macroaggregazioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale, distinte a seconda che siano state interessate o meno da esplicativi programmi di recupero delle liste d'attesa, si è fatto riferimento all'intervallo temporale 2019-2022, con alcune integrazioni al 2023. Solo in tale intervallo temporale è stato possibile reperire dati nazionali suddivisi per classe FA-RE-1 e non solo per disciplina. Ciò per distinguere, per esempio, all'interno di una singola specialità, l'erogazione di visite specialistiche, interessate da forti incentivi alla riduzione delle liste, dall'erogazione di prestazioni di chirurgia ambulatoriale o di riabilitazio-

ne. Infine, sempre con riferimento ai macroaggregati della specialistica ambulatoriale, sono stati approfonditi i dati riferiti alla Regione Lombardia, prima regione italiana per popolazione (17% del totale nazionale), che hanno permesso di confrontare gli andamenti erogativi di operatori pubblici e privati accreditati in un contesto nel quale questi ultimi rivestono un ruolo importante nel complesso dell'offerta del SSN (Giudice, Preti e Ricci, 2023).

La costruzione dei dataset e le elaborazioni sono state svolte con il programma MS Excel. I dataset sono di fatto riconducibili alle tabelle del presente articolo. Per maggiore praticità di lettura, la descrizione dei singoli campi e record è riportata nella sezione dei risultati, in prossimità delle tabelle stesse. Le elaborazioni sono state dirette alla realizzazione di grafici a numeri indice e a barre che evidenziassero i principali fenomeni riscontrati attraverso il calcolo dei delta e dei delta percentuali.

4. Risultati

4.1. I livelli di produttività del SSN

La Tab. 1 si focalizza sulle tre annualità 2016, 2019 e 2022. Inoltre, sono riportati i dati dell'esercizio 2023 quando già disponibili. Lo schema riporta, in primo luogo, l'andamento del valore e dei volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale³ e di ricovero erogate dal SSN ("output"); in secondo luogo, l'entità della spesa sanitaria pubblica corrente registrata dai modelli di conto economico (CE), con il dettaglio delle sue principali

² La valorizzazione del prodotto delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è reperibile dal 2016 in poi, mentre il numero di dipendenti del SSN e i volumi di specialistica ambulatoriale complessivi sono completamente fruibili solo fino al 2022.

³ Le prestazioni afferenti alle branche del laboratorio e della diagnostica includono anche le prestazioni per i pazienti ricoverati ("per interni").

componenti (“input”)⁴; inoltre, il conteggio del personale dipendente delle aziende del SSN. Infine, sono riportati alcuni ulteriori dati utili per inquadrare il contesto nel quale operano le aziende del SSN: l’infrazione annua e dei trienni considerati, e la numerosità della popolazione residente, totale e over 65.

Il dato delle prestazioni e della relativa valorizzazione non esaurisce la totalità dei servizi erogati dal SSN: non sono considerati, per esempio, quelli a valenza socio-assistenziale, oppure resi dai medici in convenzione (MMG, PLS, CA), o, ancora, il valore dei beni forniti ai cittadini (farmaceutica in convenzione, protesica ecc.). Il parametro può però esprimere, con buona approssimazione, il valore delle prestazioni prettamente sanitarie di secondo livello offerte dal SSN.

Un’ulteriore precisazione riguarda le ipotesi alla base della valorizzazione delle prestazioni, ovvero l’entità dei valori unitari delle tariffe nazionali, sostanzialmente invariati negli anni.

A ogni modo, i dati forniscono diversi spunti sulle dinamiche di fondo che contraddistinguono il SSN, che possono essere sintetizzate come segue.

I servizi specialistici offerti dal SSN [output]: volumi e valori

In termini di valore dei servizi erogati, la crescita della specialistica rallenta significativamente (da +8,6% nel triennio ’16-’19 a +2,4% nel ’19-’22). Allo stesso tempo, la diminuzione del valore dei ricoveri accelera (da -0,7% a -4,8%). Nel complesso, il SSN, che nel triennio ’16-’19 registra un pur ridotto aumento del valore complessivo delle prestazioni di ricovero e di

specialistica erogate (+1,9%), nel ’19-’22 osserva una diminuzione (-2,6%), corrispondente a un calo di oltre 1 miliardo di valore dei servizi offerti. Nel 2021 e nel 2022, rispetto al 2020, sia il valore dei ricoveri sia quello della specialistica registrano incrementi importanti (valori non riportati in tabella). Tuttavia, nell’anno 2022, a pandemia ormai conclusa, il valore erogato complessivo resta inferiore sia al dato 2019 sia a quello 2016. Se si estende l’analisi al 2023, il valore erogato complessivo raggiunge i 41,1 miliardi di euro e sostanzialmente torna ai livelli del 2019 (+1,3% rispetto al periodo pre-pandemico), soprattutto grazie alla crescita delle prestazioni ambulatoriali (+6,6%), che compensano il calo dei ricoveri (-1%).

In termini di volumi di servizio (aspetto non influenzato dalle politiche di aggiustamento delle tariffe), rispetto al ’16-’19 nel 2019-’22 si conferma una più marcata diminuzione dei ricoveri (da -6% a -10,3%), riscontrabile anche per le degenze ordinarie acute che rappresentano il 71% dell’attività ospedaliera. Le prestazioni di specialistica ambulatoriale, invece, dopo il lieve calo del triennio 2016-’19 (-0,5%) registrano un rilevante aumento (+9,4%). In questo caso, appare particolarmente rilevante il contributo del laboratorio, che rappresenta l’82% delle prestazioni e che cresce del 14% tra 2019 e 2022. Un’altra considerazione sulla specialistica può essere ricavata dalla lettura congiunta di valori e volumi. Nel triennio 2016-2019, alla sostanziale stasi dei volumi corrispondeva un aumento dei valori, a indicare un aumento della complessità della casistica media, coerente con uno spostamento di prestazioni dal setting ospedaliero verso quello territoriale. Nel

⁴ Insieme considerate, rappresentano oltre il 90% della spesa.

Tab. 1 – Principali output, input ed elementi di contesto del SSN: confronto '16-'19 e '19-'22; 2023

Parametro	2016	2019	2022	2023 Delta 16-19	Delta 19-22	Delta % 16-19	Delta % 19-22
Valore prestazioni di ricovero erogate (mln €)	28.566,8 €	28.363,9 €	27.004,4 €	28.094,0 € -	202,9 € -	-1.359,5 €	-0,7%
Valore prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate (mln €)	11.252,7 €	12.223,2 €	12.515,3 €	13.033,0 €	970,5 €	292,1 €	8,6%
Totali valore prestazioni erogate (mln €)	39.819,5 €	40.587,1 €	39.519,7 €	41.127,0 €	767,6 €	1.067,4 €	1,9%
Numero ricoveri erogati	9.061.064	8.520.801	7.646.540	7.958.240	-	540.263	-6,0%
di cui, ricoveri ordinari acuti	6.286.272	6.006.392	5.413.892	5.594.476	-	279.880	-4,5%
Numero prestazioni ambulatoriali erogate	1.213.481.412	1.206.882.968	1.320.614.567	nd	6.598.444	113.731.599	-0,5%
di cui, prestazioni d' laboratorio	949.292.567	952.981.328	1.086.561.826	nd	3.688.761	133.580.498	0,4%
Spesa sanitaria pubblica (mln €)	112.492,4 €	116.928,3 €	130.302,0 €	132.895,3 €	4.435,9 €	13.373,7 €	3,9%
di cui, costi dei personale	34.441,3 €	35.481,7 €	38.561,2 €	39.644,4 €	1.040,4 €	3.479,5 €	3,0%
di cui, acquisti di prodotti farmaceutici	10.902,8 €	11.425,2 €	12.759,4 €	14.535,8 €	522,4 €	1.334,2 €	4,8%
di cui, acquisti di beni e servizi (eccetto farmaci)	21.725,9 €	22.932,6 €	27.608,6 €	28.208,1 €	1.206,7 €	4.676,0 €	5,6%
di cui, farmaceutica convenzionata	8.099,9 €	7.549,1 €	7.539,7 €	7.553,1 €	-	560,8 €	9,4%
di cui, medicina generale in convenzione	6.638,4 €	6.584,4 €	6.932,1 €	6.725,9 €	-	54,0 €	-0,8%
di cui, prestazioni da privati accreditati	23.352,5 €	25.007,8 €	26.385,0 €	26.929,7 €	1.655,3 €	1.377,2 €	7,1%
Rapporto tra valore prestazioni specialistiche erogate e spesa SSN	35,4%	34,7%	30,3%	30,9%	-	-	-
Personale dipendente (testa)	648.733	649.523	681.855	nd	790	32.332	0,1%
Inflazione ANNUA (%)	-0,1	1,6	8,1	5,7	2,3	9,9	-
Inflazione CUMULATA DEL TRIENIO (%)							
Popolazione I gennaio	60.665.551	59.816.673	59.030.133	58.987.201	-	848.878 €	-786.540 €
Popolazione over 65 I gennaio	13.369.754	13.693.215	14.051.404	14.181.297	323.461 €	358.189 €	2,4%
Incidenza over65	22,0%	22,9%	23,8%	24,0%	-	-	2,6%

Fonzi: Ragoneria generale dello Stato (2024); Ministero della Salute, Rapporto SDO (2016; 2019; 2022, 2023 – short report) e Annuario Statistico del SSN (2016; 2019; 2022); ISTAT (2024), portale I.stat.

triennio successivo, la velocità di incremento dei volumi supera quella dei valori, indicando una nuova fase, caratterizzata dall'aumento delle prestazioni di laboratorio.

Le risorse impiegate dal SSN (input): spesa e personale

La spesa del SSN aumenta leggermente nel triennio '16-'19 (+3,9%, +4,4 mld €) e in maniera più significativa nel triennio '19-'22, che comprende e segue la pandemia (+11,4%, +13,4 mld €). Se rapportati alla storia recente del SSN, con riferimento al post-Covid, si tratta di incrementi piuttosto rilevanti, in termini sia assoluti sia relativi, che si protraggono anche nel 2022, a pandemia ormai conclusa. Incrementi che proseguono nel 2023, con la spesa che raggiunge i 132,9 mld €, e che continueranno grazie agli stanziamenti fissati dalle leggi di bilancio per il 2024 e il 2025. Tali incrementi "nominali" vanno però letti in relazione a due parametri di contesto. L'inflazione cumulata tra 2019 e 2022 raggiunge il 9,9% e si mantiene significativa anche nell'anno 2023 (+5,7%). La popolazione over 65 cresce di oltre 350.000 unità, in sostanziale continuità con il triennio precedente, arrivando a costituire il 23,8% dei residenti; i dati 2023 confermano una crescita di oltre 100.000 persone all'anno in questa fascia d'età. Dunque, a causa delle note dinamiche di aumento generalizzato dei prezzi, si registra una crescita reale della spesa SSN molto più contenuta di quella nominale, a fronte di un aumento costante, rapido e consistente della popolazione più anziana, che espri me i bisogni più intensi e complessi. La composizione della spesa del SSN evidenzia come le voci con i maggiori

incrementi nel triennio '19-'22 siano gli acquisti di beni e servizi: +11,7% per i farmaci e +20,4% per le restanti classi merceologiche, in continuità con aumenti piuttosto elevati anche nel triennio precedente. Tutte le altre voci di costo fanno registrare incrementi inferiori rispetto a quello della spesa complessiva. Non costituiscono eccezione il personale (+9,8% nel triennio) e le prestazioni da privati (+5,5%), categoria che peraltro include una componente consistente (35%) di assistenza socio-assistenziale (Giudice, Preti e Ricci, 2023). L'aumento della spesa per il personale trova riscontro nell'aumento degli organici (+5% nel triennio), in discontinuità e per certi versi "a compensazione" rispetto alle politiche di sostanziale blocco del turnover attuate in precedenza.

Il quadro combinato dell'andamento di input e output

Il primo step di analisi restituisce quindi un quadro complesso, che difficilmente si può esaurire in poche righe. Emergono però alcune dinamiche di fondo. La spesa per il SSN registra una crescita più sostenuta durante e dopo la pandemia, che, tuttavia, in termini reali, è in buona parte erosa dall'inflazione. Quest'ultima influisce, almeno in parte, sugli aumenti di spesa per beni e servizi, significativamente superiori rispetto alle altre voci. Passando dal versante degli *input* di sistema a quello degli *output*, è significativa la riduzione del valore totale delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale erogate. Il valore complessivo dell'assistenza di secondo livello, nonostante tutti gli sforzi per il recupero degli arretrati Covid-19, al 2022

è inferiore al 2019 e al 2016. Solo con il 2023 il valore delle prestazioni specialistiche offerte dal SSN raggiunge quello del 2019. La sua incidenza sul totale della spesa SSN scende dal 35% nel 2016-'19 al 30% nel 2022, per poi risalire solo leggermente al 31% nel 2023.

Un'altra visuale adottabile è quella dei delta assoluti. La spesa sanitaria, tra 2019 e 2022, cresce di 13,4 mld €, ma il valore dei servizi specialistici erogati cala di circa 1 mld €. L'aumento di spesa sanitaria tra 2019 e 2023 è di 16 mld €, ma la crescita di valore dei servizi specialistici è di poco più di 500 milioni. Altri servizi, come quelli attinenti alle cure primarie, alla medicina generale, alla farmaceutica convenzionata o per il comparto socio-assistenziale, mostrano diminuzioni di spesa o crescite contenute.

Per riassumere, gli elementi inediti che emergono dalle analisi sono, innanzitutto, il valore delle prestazioni di secondo livello erogate dal SSN, pari a circa 41 miliardi; in secondo luogo, la ridotta incidenza di tale output sul totale della spesa sanitaria, mai superiore al 35%: un indicatore che rimarca il tema della produttività del SSN al di là del livello di finanziamento. In terzo luogo, si delinea la difficoltà del sistema, che pure ha più risorse e più personale del passato, di aumentare i valori e i volumi erogativi per rispondere ai maggiori bisogni, indotti dall'invecchiamento della popolazione. Ciò emerge sia dai dati di volume, sia da quelli di valore. L'indicatore di produttività del SSN è in tendenziale diminuzione, dal 35% del pre-Covid al 30-31% del 2022-2023. In tale contesto, la voce di output che segnala un recupero dei livelli 2019, e anzi una significativa crescita, è quella

della specialistica ambulatoriale, che sembra aver interrotto la fase di assorbimento della casistica ospedaliera, registrando invece un marcato aumento delle prestazioni di laboratorio. Tale aspetto è rilevante in relazione alla seconda domanda di ricerca, ovvero il confronto tra aree interessate e non interessate da politiche di recupero delle liste. Per la piena comprensione di questo punto, si rende necessario un ulteriore approfondimento, possibile focalizzandosi sull'andamento di volumi e mix di prestazioni della specialistica ambulatoriale.

4.2. I volumi della specialistica ambulatoriale: andamenti per macroclasse

Nella Tab. 2 si riportano gli andamenti dei volumi della specialistica ambulatoriale erogati in regime SSN da strutture pubbliche e private accreditate, sulla base dei dati resi disponibili dalla piattaforma AGENAS. Le prestazioni sono distinte a seconda della classe FA-RE di appartenenza. L'arco temporale è il 2019-2022, con l'aggiunta del primo semestre del 2023 e di una stima della produzione dell'intero 2023 secondo un'ipotesi molto ottimistica, vale a dire il mantenimento dei livelli di erogazione del primo semestre anche nella seconda parte dell'anno. La Fig. 1, invece, rappresenta gli stessi dati della tabella, ma attraverso un grafico a numeri indice: i volumi delle diverse classi FA-RE sono considerati pari a 100 nell'anno base (2019) e sono osservate le variazioni nei periodi successivi, permettendo una immediata valutazione del recupero dei livelli erogativi 2019.

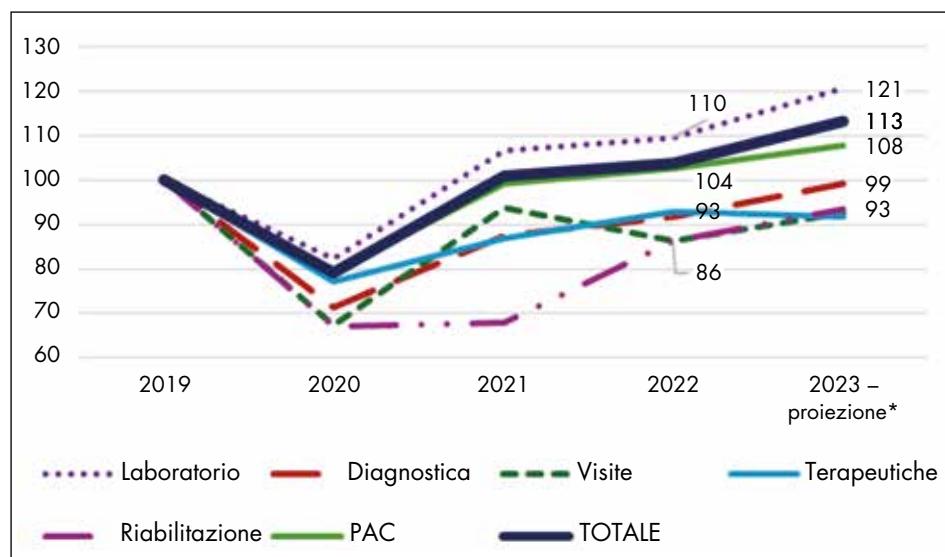
I dati forniscono diversi spunti sulle dinamiche di fondo della specialistica ambulatoriale, che possono essere sintetizzati come segue.

Tab. 2 – Volumi della specialistica ambulatoriale erogati in regime SSN, per classe FA-RE-1, 2019-2023

CLASSE FARE	2019	2020	2021	2022	2023 I sem	2023 - proiezione*
Laboratorio	522.196.364	430.440.712	557.478.270	572.541.792	314.823.714	629.647.428
Diagnostica	68.635.913	49.015.433	59.926.993	62.895.120	34.018.132	68.036.264
Visite	63.026.467	42.459.332	59.014.489	54.317.652	29.137.806	58.275.612
Terapeutiche	40.106.239	30.930.217	34.887.120	37.299.370	18.401.295	36.802.590
Riabilitazione	36.003.332	24.141.932	24.429.582	31.106.552	16.814.519	33.629.038
PAC	2.746.908	2.179.318	2.724.973	2.820.844	1.478.591	2.957.182
TOTALE	732.715.223	579.166.944	738.461.427	760.981.330	414.674.057	829.348.114

Fonte: Portale statistico AGENAS (2024). (*) La proiezione (stima) dei volumi 2023 è ottenuta raddoppiando le prestazioni registrate nel primo semestre dell'anno.

- L'aumento dei volumi totali registrato nel 2022 rispetto al pre-pandemia è, come atteso, sostanzialmente dovuto all'aumento delle prestazioni di laboratorio (+10%). Queste ultime, come desumibile dalla Tab. 2, rappresentano il 75% di tutte le prestazioni di specialistica. L'incremento del laboratorio, che traina tutta la specialistica, sembra confermarsi anche nel 2023. Un ridotto incremento è osservabile anche per le prestazioni PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi).
- Tutte le restanti classi FA-RE presentano recuperi molto più graduali: al 2022, diagnostica e terapeutica registrano uno scostamento negativo del 7% rispetto al 2019, riabilitazione e visite del 14%. Pur assumendo un robusto percorso di crescita dei volumi, per tali gruppi di prestazioni il recupero dei livelli pre-pandemici non sarebbe raggiunto neanche nel 2023, con una difficoltà particolarmente marcata da parte di visite e terapeutica.

**Fig. 1**

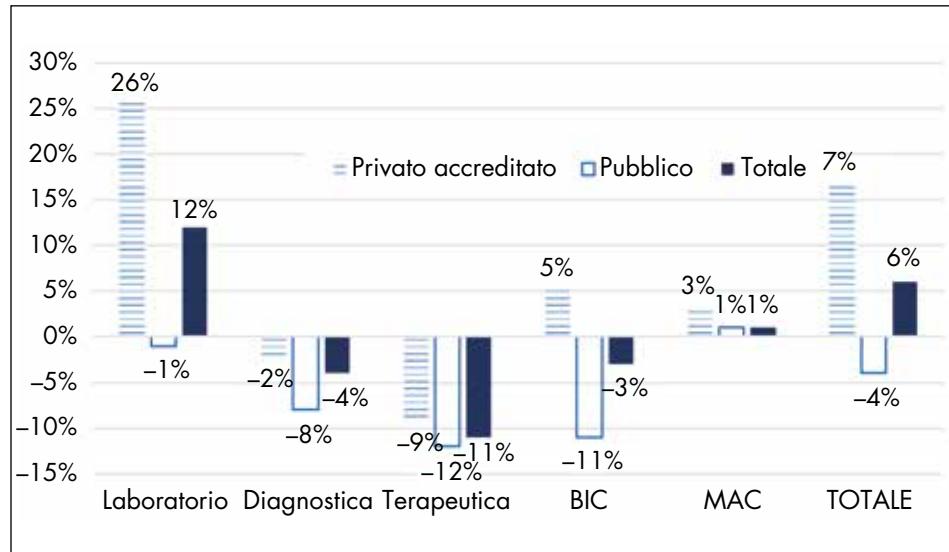
Andamento a numeri indice dei volumi della specialistica ambulatoriale erogati in regime SSN, per classe FA-RE-1, 2019-2023

Fonte: elaborazione su dati Portale statistico AGENAS (2024). (*) La proiezione (stima) dei volumi 2023 è ottenuta raddoppiando le prestazioni registrate nel primo semestre dell'anno.

Fig. 2

Variazione % dei volumi della specialistica ambulatoriale erogati in regime SSN, Regione Lombardia, per macrocategoria, 2019-2022

Fonte: elaborazione su Open Data Regione Lombardia (2024).



Il quadro restituito dall'analisi per classe FA-RE risulta apparentemente contraddittorio. Gli sforzi per il recupero delle liste di attesa post-pandemia si sono concentrati prevalentemente su visite e diagnostica, sia sulla base del PNGLA 2019-2021, sia sulla scorta dei provvedimenti straordinari del 2020-'21. Tuttavia, la crescita nei volumi di prestazioni erogate è stata molto più rilevante sul versante del laboratorio, ambito che, evidentemente, ha trainato la crescita dell'intero comparto anche in termini di valori. Tale analisi estende anche agli ambiti della specialistica, con l'eccezione del laboratorio, l'evidenza presentata precedentemente per la quale in molte aree del SSN è in corso una perdita di produttività. Inoltre, riafferma la rilevanza di fattori ulteriori, rispetto al semplice aumento di finanziamento, che possono condizionare i volumi e i valori erogati.

A rafforzamento delle analisi sopra riportate, si può analizzare la varia-

ne percentuale 2019-2022 delle macrocategorie della specialistica ambulatoriale suddivisa tra erogatori pubblici e privati accreditati. In questo caso, i dati sono relativi alla sola Regione Lombardia (Fig. 2).

Anche in questo caso, gli andamenti 2019-2022 dell'insieme della specialistica sono marcata mente influenzati da quelli del laboratorio: quest'ultimo, al 2022, rappresenta il 74% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale complessive (109 milioni su 147). Inoltre, il privato e il pubblico si dividono quasi equamente i volumi erogati (54% *versus* 46%). Le prestazioni di laboratorio crescono maggiormente nel privato accreditato rispetto al pubblico (+26% contro +12%), contribuendo in maniera molto significativa al recupero dei valori pre-Covid. Si tratta, comunque, dell'unica macroaggregazione in cui la crescita dei volumi appare realmente consistente. Colpisce, allo stesso tempo, la sostanziale stasi del percorso di spo-

stamento della casistica ospedaliera verso il territorio, che traspare dal lieve calo delle BIC (interventi di chirurgia ambulatoriale) e dai volumi pressoché costanti delle MAC (pacchetti di attività ambulatoriale medica complessa). In entrambi i casi, il trend è leggermente divergente tra pubblico e privato, con il secondo che registra pur limitati incrementi.

5. Discussione

Il tema delle liste d'attesa della specialistica ambulatoriale è quanto mai attuale e sensibile sul versante della programmazione sanitaria, dell'organizzazione delle aziende pubbliche e private accreditate, del dibattito pubblico e della reputazione del SSN. La specialistica ambulatoriale è un ambito cruciale perché rappresenta il primo step di accesso alle cure specialistiche, perché concretizza lo spostamento di attività dall'ospedale al territorio da molto tempo invocato, e perché è oggetto di rinnovata attenzione da parte del decisore pubblico nazionale, che a luglio 2024 ha emanato un nuovo provvedimento finalizzato proprio a ridurre le attese della specialistica (D.L. n. 73/2024).

A differenza delle politiche sanitarie prevalenti negli ultimi 10-15 anni, il biennio 2021-2022, di progressiva uscita dalla pandemia Covid, ha registrato un rilevante aumento della spesa sanitaria nominale, un incremento del personale. Inoltre, sono state potenziate le misure per ampliare e facilitare lo smaltimento delle liste d'attesa.

Il presente contributo ha indagato, in primo luogo (domanda di ricerca A), se tali risorse aggiuntive e tali politiche si siano tradotte o meno in un aumento dei volumi e dei valori erogati

(aumento o per lo meno mantenimento della produttività), con una particolare focalizzazione sulla specialistica ambulatoriale.

In secondo luogo (domanda di ricerca B), il lavoro ha approfondito l'andamento dei principali macroraggruppamenti di prestazioni (classi FA-RE) per individuare le differenze interne al settore della specialistica ambulatoriale e approfondire alcuni temi di regolazione e programmazione sanitaria che, assieme al finanziamento e al lavoro sull'efficienza dei processi di accesso e cura, possono essere particolarmente rilevanti per ridurre le liste d'attesa.

Il confronto tra output, input e fattori di contesto del SSN (domanda di ricerca A) indica che, prima della pandemia, l'andamento delle attività di specialistica ambulatoriale e di ricovero può essere letto alla luce delle disposizioni del D.L. n. 95/12 (cosiddetta *spending review*) che hanno bloccato il valore dei budget assegnati agli erogatori di diritto privato sui valori di spesa del 2011 e che hanno definito, per le aziende sanitarie pubbliche, dei rigidi limiti di spesa per specifiche tipologie di costo (*in primis*, personale e beni sanitari). Si può affermare che dal 2012 fino al 2019, anno del verificarsi della pandemia da Covid-19, il sistema degli erogatori sanitari pubblici e privati accreditati ha gradualmente ridotto le attività di ricovero e incrementato progressivamente l'attività ambulatoriale.

Durante e successivamente alla pandemia, l'incremento di personale (+5%) non si è tradotto in un aumento percepibile di ricoveri, né di prestazioni ambulatoriali, eccezion fatta per il numero di esami di laboratorio. In termini di valorizzazione economica, il

fenomeno è confermato. L'aumento di finanziamento e spesa sanitaria non si è tradotto in un aumento altrettanto significativo del valore complessivo delle prestazioni di secondo livello (ricoveri e specialistica ambulatoriale). Nel 2023, infatti, la spesa sanitaria ha sfiorato i 133 miliardi di euro, con un aumento di 16 miliardi rispetto al 2019 (+13,7%). Nello stesso periodo, il valore dei servizi di secondo livello ha raggiunto i 41 miliardi, con un aumento di "soli" 500 milioni rispetto al 2019 (+1,3%). È inoltre molto significativo il dato dell'incidenza dei servizi specialistici sul totale della spesa del SSN: pari a un già contenuto 35% nel 2016 e nel 2019, cala al 30% nel 2022, per poi risalire solo leggermente al 31% nel 2023. Come spiegare queste incidenze così ridotte rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica, e queste dinamiche che sembrano indicare una diminuzione della produttività del SSN? Si possono elencare almeno quattro prospettive interpretative, che, peraltro, non si escludono a vicenda.

Una prima interpretazione può contestare "alla radice" la validità del confronto tra output valorizzati a tariffa, il cui adeguamento all'inflazione è notoriamente lento e dipende dalle scelte di politica sanitaria, e input che, almeno nella componente di beni e servizi, risentono più rapidamente delle dinamiche di aumento dei prezzi e dunque dei costi. Si tratta di un'osservazione che rappresenta una dinamica reale e che costituisce un limite隐含的 del metodo adottato per fornire una misura di produttività. Inoltre, richiama la necessità di adeguare periodicamente i sistemi tariffari per evitare situazioni di disallineamento tra costi sostenuti dagli erogatori e relativo valore riconosciuto. Bisogna però considerare che livelli

tariffari e spesa sanitaria sono elementi tra loro interrelati: adeguamenti al rialzo dei primi, a parità di numero di prestazioni erogate, porterebbero anche ad aumenti della seconda, almeno per quanto riguarda i servizi offerti da privati accreditati e aziende ospedaliere che sono effettivamente remunerati a *fee-for service*. Quanto sarebbe aumentata la spesa sanitaria pubblica in presenza di un adeguamento tariffario automatico, perché correlato all'inflazione?

Una seconda interpretazione prende atto della perdita di produttività del sistema e prova a identificarne le motivazioni sulla base delle dinamiche degli input. I dati mostrano che l'aumento di risorse è servito per mantenere il "metabolismo basale" del servizio sanitario stesso. In particolare, l'aumento di spesa è stato principalmente assorbito, da un lato, dalla sostituzione di una parte del personale ormai anziano dopo anni di blocco alle assunzioni; dall'altro, dal notevole incremento di risorse destinate all'acquisizione di beni e servizi, sanitari e non, sui quali influiscono aumento dei prezzi e innovazione. Questi elementi hanno certamente contribuito a rallentare l'adeguamento dei livelli erogativi ai maggiori bisogni della popolazione. Del resto, il SSN italiano resta tra quelli con minori risorse nel contesto internazionale, sia in termini di incidenza sul PIL, sia per quanto riguarda la spesa pro capite (Borsoi *et al.*, 2023). Anche questa seconda interpretazione ha comunque dei limiti. Per esempio, il paradosso per cui a un maggior numero di dipendenti corrisponde un minor numero di prestazioni, se si eccettua il laboratorio. Si tratta di un fenomeno temporaneo, legato a contingenze, come l'attraversare una fase di intenso turnover? È una dinamica riconducibile

le al passaggio di una quota di personale dal pubblico al privato accreditato, per cui gli organici che erogano i servizi SSN non sarebbero cambiati così significativamente? Oppure rivela problemi organizzativi più profondi e complessi? Rispondere in questa sede è ovviamente impossibile, ma si aprono opportunità per ulteriori analisi.

Una terza interpretazione riconosce un tema di calo della produttività, ma supera la logica esclusivamente focalizzata sulle risorse, come del resto suggerito dal recente lavoro di Costa e colleghi (2021). L'analisi dei volumi della specialistica ambulatoriale per macroclasse (domanda di ricerca B) fa intravedere l'importanza di elementi che non hanno solo natura finanziaria, ma anche regolativa, di programmazione sanitaria, organizzativa. Gli sforzi, anche finanziari, per il recupero delle liste di attesa post-pandemia si sono concentrati prevalentemente su visite e diagnostica, sia sulla base del PNGLA 2019-2021, sia sulla scorta dei provvedimenti straordinari del 2020, 2021 e 2022. Tuttavia, la crescita nei volumi di prestazioni erogate è stata molto più rilevante sul versante del laboratorio, ambito che ha trainato la crescita dell'intero comparto anche in termini di valori. Diagnostica, ma soprattutto visite, prestazioni terapeutiche per acuti e riabilitazione registrano volumi erogativi inferiori al 2019. Ciò vale per il 2022 e, sulla base di ragionevoli proiezioni, anche per il 2023. Quali fattori possono spiegare tale contraddizione? Se ne elencano qui alcuni, tra i molti possibili, che potrebbero essere l'oggetto di futuri approfondimenti di ricerca.

- Aspetti di accessibilità. Come noto, gran parte delle prestazioni di labo-

ratorio non necessitano di prenotazione. È ragionevole attendersi che, a fronte di una domanda in crescita (cfr. Tab. 1), i pazienti tendano a rivolgersi in numero maggiore e in tempi più brevi ai servizi ad accesso diretto. L'aumento delle prestazioni di laboratorio, almeno in prospettiva, tende a saturare il budget della specialistica per quegli erogatori che sono sottoposti a vincoli di produzione: in special modo i privati accreditati, ancora in buona misura assoggettati al D.L. n. 95/12, ma anche aziende ospedaliere e IRCCS pubblici. Questi attori, peraltro, tendono a essere fisiologicamente più attenti al tema della sostenibilità delle prestazioni erogate (cfr. punto seguente).

- Aspetti di remunerazione e/o di politica tariffaria. L'area delle visite registra indubbiamente marcate difficoltà di recupero dei volumi. Questi ultimi, dopo una crescita nel 2021, sono calati nel 2022 e certamente nel 2023 si manterranno al di sotto del dato pre-pandemia. Quanto queste difficoltà derivano dalla ridotta remunerazione (poco oltre i 20 €), almeno rispetto ai costi del personale e al valore della prestazione in regime privato?
- Aspetti di governo clinico. Un'altra area con volumi al di sotto del 2019 è quella della riabilitazione. Si tratta di un segmento che sconta le stesse criticità in merito alla remunerazione delle prestazioni e, al contrario delle visite, non è stata oggetto di specifiche politiche di recupero da parte dei provvedimenti più recenti. Inoltre, in molti casi, le prestazioni di riabilitazione non rientrano nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali delle principali patologie

croniche (diabete, patologie cardiovascolari) sui quali è in corso, da anni, un processo di lento ma progressivo rafforzamento.

- Aspetti di disponibilità degli specialisti. Il calo delle prestazioni terapeutiche e delle visite potrebbe essere condizionato dalla carenza di alcuni profili di medici specialisti, mentre quelle di diagnostica potrebbero essere influenzate anche dalla carenza di tecnici. Al contrario, l'area del laboratorio, che presenta una maggiore intensità di capitale e richiede un minore apporto di lavoro, può crescere in maniera più consistente.

Non mancano, in questo senso, approfondimenti locali che suggeriscono l'efficacia di cruscotti informativi per valutare il fenomeno delle attese, prestando attenzione non solo ai volumi erogati, ma anche alle caratteristiche dei processi erogativi dei singoli territori (Armanaschi *et al.*, 2022).

Infine, una quarta interpretazione può essere ricavata dal dato di domanda riportato nel presente lavoro: in media, tra 2016 e 2023, la popolazione italiana over 65 è aumentata di 115.000 unità all'anno. Nella popolazione over 65, la prevalenza di almeno 2 patologie croniche è al 56% (ISTAT, 2024). In tale contesto, l'incidenza sempre più ridotta del valore delle prestazioni specialistiche sul totale delle risorse della sanità pubblica rifletterebbe i cambiamenti del modello di cura e assistenza, con il passaggio dall'acuzie alla cronicità. Un modello efficace per i pazienti cronici incorpora sempre di più, o dovrebbe incorporare sulla base del D.M. n. 77/22, attività come il reclutamento e la redazione dei PAI, il supporto all'aderenza terapeutica e l'educazione sanitaria, il

monitoraggio degli esiti. Come noto, queste attività non trovano un riconoscimento tariffario, trovandosi spesso alla confluenza tra le cure primarie e le cure specialistiche. L'integrazione di tali attività nei cicli di programmazione e controllo del Servizio Sanitario Nazionale è una sfida aperta; anch'essa meriterebbe ulteriori sforzi da parte dei *policy makers* e specifici approfondimenti di ricerca.

6. Conclusioni

Il presente lavoro offre almeno due macrocontributi nell'attuale dibattito del SSN.

In primo luogo, fornisce dati inediti e nuove interpretazioni per riflettere sul livello di produttività del Servizio Sanitario Nazionale. Integrando più flussi amministrativi, viene quantificato nel tempo il valore complessivo dei servizi specialistici (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) offerti dal SSN; tale valore, pari nel 2023 a 41 miliardi di euro, viene rapportato alla spesa sanitaria pubblica secondo la classificazione economica per fornire un indice sintetico di produttività del SSN. L'incidenza percentuale che risulta è ridotta (30-31%) e tendenzialmente in calo rispetto ai valori pre-pandemici (35%). Tale risultato apre una serie di riflessioni sia su logiche e metodi con le quali misuriamo il valore di servizio del SSN, sia sulle molteplici cause che possono contribuire a tale diminuzione della produttività. I risultati, inoltre, corroborano le precedenti evidenze secondo le quali il semplice aumento di risorse non si traduce necessariamente in un aumento delle prestazioni erogate (Costa *et al.*, 2021).

In secondo luogo, osservando le dinamiche delle macrobranche della spe-

cialistica ambulatoriale, il lavoro rileva la contraddizione per la quale le aree maggiormente interessate dalle politiche di recupero delle liste (visite e diagnostica) hanno registrato una crescita di volumi inferiore al laboratorio. Il quadro descritto delinea un SSN che, di fronte all'aumento della domanda, e a risorse limitate, tende comunque a conservare le attività ad accesso diretto come il laboratorio, quelle con un minimo di marginalità garantita dalle tariffe come la chirurgia ambulatoriale o una parte della diagnostica, quelle relative ai percorsi del cronico, soprattutto se post-acuto (oncologico, cardiovascolare) o consolidato/standarizzato (per esempio, diabetico). All'opposto, è fortemente improbabile la crescita del SSN negli ambiti delle visite specialistiche, della diagnostica minore e della terapeutica con scarsa marginalità, della riabilitazione. In definitiva, posto l'attuale contesto di risorse limitate, bisogni crescenti e assetti organizzativi del SSN, dobbiamo aspettarci che cali di produttività non siano "lineari" su tutti gli ambiti di servizio, ma riguardino alcune aree più di altre. In questo senso, l'articolo offre un elenco di fattori su cui intervenire: aspetti di accessibilità per il paziente, di politica tariffaria, di remunerazione delle prestazioni, di governo clinico, di disponibilità di specialisti.

Quali prospettive di intervento o quali correttivi possono essere immaginati per tutelare la funzionalità, l'efficacia e l'equità della risposta sanitaria? È errato pensare e far credere che l'efficienza e l'aggiunta di qualche risorsa possano, da sole, risolvere questi problemi. E il tempo di attesa è veramente solo il "dito".

Chi scrive ritiene che i dati presentati rappresentino, da un lato, un'evidenza

del fallimento dei modelli di presa in carico fino a oggi nominalmente introdotti, dall'altro, un richiamo a implementarli fattivamente. È importante partire da un dato: i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative sono tra il 35% e il 40% della popolazione e a essi è riconducibile più del 70% delle spese per farmaci, specialistica ambulatoriale e ricoveri. La gran parte di questi pazienti può essere gestita con un buon processo di presa in carico basato su un PAI (piano di assistenza individuale) che permetta (se la regia è gestita da un soggetto gestore vicino al paziente) di raggiungere il massimo dell'efficacia clinica e dell'efficienza gestionale conseguibili nel contesto delle risorse oggi disponibili. La stesura di un PAI, e la sua integrazione con i sistemi informativi sanitari, permette di affrontare diversi aspetti evidenziati dall'analisi delle tendenze delle macrobranche. Innanzitutto, i PAI permetterebbero di rafforzare e razionalizzare il governo clinico, fornendo una quantificazione delle prestazioni necessarie per una determinata popolazione in uno specifico territorio, e permettendo una limitazione dei fenomeni di eccessiva varianzialità nel prescritto. Inoltre, se le prenotazioni fossero contestuali alla stesura del PAI, si rimuoverebbero le barriere all'accesso che oggi portano, per esempio, a ottenere una prestazione di laboratorio in regime SSN in tempi rapidi, ma non una visita o un esame di diagnostica per immagini. Il conteggio delle prestazioni inserite nei PAI potrebbe essere una base solida per quantificare lo sforzo e il fabbisogno di personale. Il modello di remunerazione dovrebbe adattarsi a paradigmi *bundled*, in grado di fotografare con maggiore adeguatezza le risorse assorbite dal processo di cura e di includere una compo-

nente legata all'esito e alla qualità. In questo modo si limiterebbero le attuali distorsioni dovute alle politiche tariffarie, per cui la singola prestazione viene offerta solo se economicamente sostenibile, magari con standard di qualità elevati, ma senza diretti collegamenti con i risultati complessivi dei processi di cura. Non è affatto certo che, applicando questo modello, il volume di prestazioni erogate cresca; è invece probabile che aumentino i livelli di razionalità, efficacia ed equità del SSN.

Il modello sopra descritto è già delineato dal D.M. n. 77/22 e da esperienze regionali come quella lombarda dei CReG e della presa in carico (PIC). Modellistiche di grande inte-

resse che, tuttavia, è difficile mettere a regime su larga scala. Il "disegno" è chiaro, ma molto lavoro resta da fare. È necessario monitorare e valutare le esperienze di presa in carico che già esistono a macchia di leopardo. È utile comprenderne con onestà i fattori di fallimento e successo, a partire, probabilmente, dal tema dalla suddivisione di ruoli e responsabilità: aspetti che rappresentano ancora oggi un elemento di infinitezza che spesso paralizza il cambiamento. È infine necessario saper comunicare gli impatti e i vantaggi reali della nuova logica al di fuori dell'ambito dei soli addetti ai lavori, per sensibilizzare opinione pubblica e politica.

BIBLIOGRAFIA

Ardito V., Ciani O., Federici C., Furnari A., Giudice L., Tarricone R. (2024). Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale. In: CERGAS (a cura di). *Rapporto OASI 2024*. Egea: Milano.

Armanaschi L., Barzan E., Cavallucci M., Federici C., Sartirana M., & Zerzer F. (2023). I dati amministrativi per la governance dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali: l'esperienza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. *Mecosan*, (123). DOI: 10.3280/mesa2022-123oa15593.

Bachelet V.C., Goyenechea M., Carrasco V.A. (2019). Policy strategies to reduce waiting times for elective surgery: A scoping review and evidence synthesis. *The International journal of health planning and management*, 34(2): e995-e1015.

Borsoi L., Cinelli G., Furnari A., Notarnicola E., Rota S. (2023). La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale e aziendale. In: CERGAS (a cura di). *Rapporto OASI 2023*. Egea: Milano.

Boscolo P.R., Fenech L., Giudice L., Lecci F., Roto-
lo A., Tarricone R. (2021). Tempi di attesa: trend e

politiche di risposta durante e dopo la crisi Covid-19. In CERGAS: (a cura di). *Rapporto OASI 2021*. Egea: Milano.

Corte dei Conti (2023). *Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica*, p. 274.

Costa A., Dammacco G., Preite D., Tafuro A. (2021). Il recupero delle liste d'attesa durante il Covid-19: risorse straordinarie per soluzioni improbabili. *Mecosan* 119: 7-32. DOI: 10.3280/
MESA2021-119002.

Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. (2023). I consumi privati in sanità. In: CERGAS (a cura di). *Rapporto OASI 2023*. Egea: Milano.

Fattore G. (2018). La gestione e valutazione delle performance. In: Cuccinello M. et al., *Management pubblico*. Egea: Milano.

Fondazione GIMBE (2024). 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale: Bologna, 8 ottobre 2024. – Disponibile online: www.salviamo-ssn.it.

Folsom J. S., Osborne-Lampkin L., & Herrington C. D. (2014). *Using administrative data for research: A*

companion guide to A descriptive analysis of the principal workforce in Florida schools (REL 2015-049).

Washington, DC: U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Regional Educational Laboratory Southeast. – Retrieved from <http://ies.ed.gov/ncee/edlabs>.

Freguia C. (2023). *Audizione dell'Istituto Nazionale di Statistica presso la 10^a Commissione del Senato della Repubblica, 8 marzo 2023.* – Disponibile al sito: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/425/781/ISTAT.pdf.

Giudice L., Preti L. M., Ricci A. (2023). Gli erogatori privati accreditati: inquadramento, esiti di salute e posizionamento nell'offerta di specialistica ambulatoriale. In: CERGAS (a cura di). *Rapporto OASI 2023.* Egea: Milano.

Greenwood-Lee, J., Jewett, L., Woodhouse, L., & Marshall, D. A. (2018). A categorisation of problems and solutions to improve patient referrals from primary to specialty care. *BMC Health Services Research*, 18(1): 1-16.

ISTAT (2024). *Rapporto BES 2023*, indicatori di qualità dei servizi.

ISTAT (2024). Sistema dei conti della sanità, edizione maggio 2024. – Disponibile al sito: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=29022>. Ultimo accesso ottobre 2024.

ISTAT (2024). Piattaforma I.stat, sezione salute e sanità. – Disponibile al sito: <http://dati.istat.it/>. Ultimo accesso gennaio 2025.

Lecci F. (2021). Introduzione. In: AA.VV. (a cura di). *Tempi e liste d'attesa in sanità.* Egea: Milano.

Lecci F., Del Vecchio M., Longo F. (2024). Le priorità aziendali deliberate, gli spazi di azione e le coerenze strategiche nei documenti di pianificazione istituzionale. In: CERGAS (a cura di). *Rapporto OASI 2024.* Egea: Milano.

Longo F., Ricci A (2023). Gestire la sanità dell'universalismo selettivo e randomico: quali trade off strategici per il management del SSN? In: CERGAS (a cura di). *Rapporto OASI 2023.* Egea: Milano.

Longo F., Ricci A (2024). Diagnosi principale del SSN: quattro criticità e quattro prospettive "impo-

polari" per il cambiamento. In: CERGAS (a cura di). *Rapporto OASI 2024.* Egea: Milano.

Ministero della Salute (vari anni), *Annuario Statistico del SSN.* – Disponibile al sito https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=statisticheSSN&menu=annuario. Ultimo accesso gennaio 2025.

Ministero della Salute (vari anni). *Rapporto sull'attività annuale di ricovero ospedaliero (Rapporto SDO).* – Disponibili al sito https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2.jsp?lingua=italiano&area=ricoveriOspedalieri&btnCerca=. Ultimo accesso gennaio 2025.

Ministero della Salute (2024). *Short report sull'attività di ricovero ospedaliero 2023.* – Disponibile al sito https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2.jsp?lingua=italiano&area=ricoveriOspedalieri&btnCerca=. Ultimo accesso gennaio 2025.

Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato (2023). *Commento ai principali dati del Conto Annuale del periodo 2013-2022.* – Disponibile al sito <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/>. Ultimo accesso gennaio 2025.

Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato (2024), *Il monitoraggio della spesa sanitaria – Rapporto n. 11,* – disponibile al sito https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIO-NE-I/attività_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/index.html. Ultimo accesso gennaio 2025.

OECD Health Policy Studies (2020). *Waiting Times for Health Services. Next in Line.*

Pomey M. P., Forest P. G., Sanmartin C., DeCoster C., Clavel N., Warren E., ... & Noseworthy T. (2013). Toward systematic reviews to understand the determinants of wait time management success to help decision-makers and managers better manage wait times. *Implementation Science*, 8(1): 1-16.

Ruane J.M. (2004). *Essentials of Research Methods: A Guide to Social Science Research.* Wiley-Blakwell: Hoboken.

Siciliani L., Borowitz M., Moran V. (a cura di) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies.