HEALTHCARE INSIGHTS

Osservatorio Indipendente sull'Accesso alle Cure

LISTE D'ATTESA.

LA QUALITÀ DELLA RACCOLTA DEI DATI A LIVELLO NAZIONALE

Aggiornamento dati al 31 dicembre 2021

REPORT MARZO 2023

SOMMARIO

GRUPPO DI LAVORO 2
L'OSSERVATORIO 3
INTRODUZIONE 4
OBIETTIVI 5
1. I PARAMETRI DI VALUTAZIONE 6
2. ANALISI DEI SINGOLI PARAMETRI 10
2.1 GRIGLIA DI VALUTAZIONE DEI PARAMETRI E DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE 10
2.2 ACCESSIBILITÀ 10
2.2.1 LINK DI ACCESSO AI DATI 11
2.2.2 RISPOSTA A RICHIESTA ACCESSO CIVICO 12
2.3 USABILITÀ 14
2.3.1 LEGGIBILITÀ DATI PER IL CITTADINO E INTEROPERABILITÀ DATI PER IL TECNICO 15
2.4 COMPLETEZZA 16
2.4.1 GRANULARITÀ DATI 18
2.4.2 DATI SU PRESTAZIONI AMBULATORIALI E RICOVERI 19
2.4.3 DATI PER CLASSE DI PRIORITÀ 21
2.4.4 FREQUENZA RACCOLTA DATI 22
2.4.5 DATI IN FORMA EX ANTE/EX POST 23
2.5 CONFRONTABILITÀ 24
PRESTAZIONI MANCANTI 26
CRITICITÀ DEI DATI 29
CONCLUSIONI 30
RIFERIMENTI NORMATIVI 31

GRUPPO DI LAVORO

Giulia Baj | Ricercatrice Fondazione The Bridge

Monica Bonetto | Solution Developer Healthropy srl

Luisa Brogonzoli | Coordinatrice Centro Studi Fondazione The Bridge

Damiano Fuschi | PhD, Diritto Pubblico Comparato, Università di Pavia

Mauro Giacomini | Professore associato di Bioingegneria presso DIBRIS – Università di Genova

Rosaria Iardino | Presidente Fondazione The Bridge

Norbert Maggi | PhD presso DIBRIS – Università di Genova

Elisa Sala | Ricercatrice Junior Fondazione The Bridge

Alessandro Venturi | Professore di Diritto amministrativo e di Diritto regionale e degli enti locali presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università degli Studi di Pavia – Alma Ticinensis; Presidente della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia; Direttore Scientifico Hi - Healthcare Insights

L'OSSERVATORIO

Hi-Healthcare Insights, Osservatorio Indipendente sull'Accesso alle Cure, nasce nel 2021 a opera di Fondazione The Bridge come strumento per monitorare l'equa accessibilità ai servizi erogati dal Sistema Sanitario Nazionale e ha la funzione di individuare, evidenziare e dare risposta alle lacune e criticità ostacolo a tale accesso con l'obiettivo di creare un'informazione libera, pubblica e comprensibile a tutti.

Il lavoro di Hi è reso possibile da un Comitato Scientifico costituito dalle accademie, nello specifico dall'Università di Genova, che ha pensato e coordinato la raccolta dei dati, dall'Università di Pavia e dall'Università di Tor Vergata di Roma, e dalle associazioni di pazienti ANMAR - Associazione Nazionale Malati Reumatici Onlus, Fondazione ANT Onlus, ADI - Associazione Diabetici della provincia di Milano, Coordinamento Lombardo Associazioni Diabetici ODV, PLUS - Persone LGBT+ Sieropositive e UNIAMO – Federazione Italiana Malattie Rare; la presenza di un siffatto comitato è importante non solo per gli aspetti tecnici e analitici, ma anche per l'importanza del confrontarsi con i diversi stakeholders e condurre ricerche che abbiano poi ricadute pratiche e possano fornire utili spunti a una varietà di attori, come ad esempio policy-makers, società scientifiche, associazioni di pazienti e pazienti, media, cittadini e opinione pubblica, "traducendo" informazioni e fornendo dati indipendenti.

INTRODUZIONE

Si presenta la seconda edizione di un lavoro di raccolta dati e analisi rispetto allo stato dell'arte delle Liste d'Attesa nel Servizio Sanitario Nazionale italiano; si offrono così due fotografie:

una valutazione qualitativa (contenuta in questo documento), prodotta dall'esame della qualità dei dati monitorati dalle Regioni, in ottemperanza al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021(d'ora in poi, PNGLA);

una quantitativa, ottenuta cioè fotografando i dati rispetto ai tempi d'attesa per poter usufruire di quelle prestazioni la cui erogazione è garantita dai livelli essenziali di assistenza (d'ora in poi, LEA).

La precedente indagine condotta da Hi - Healthcare Insights nel 2021 era partita dalla richiesta alla Regioni dei dati relativi al biennio 2019-2020; allo stesso modo, per questa sua seconda edizione, nel 2022 sono stati richiesti i dati relativi al 2021, poi analizzati e confrontati con i precedenti, al fine di garantire continuità nella analisi delle prestazioni, e valutare eventuali cambiamenti.

La raccolta e pubblicazione dei dati dei tempi di attesa permettono alla popolazione generale di mantenersi informata in merito all'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. Tale informazione viene considerata un diritto dei cittadini, come esplicitato anche nel PNGLA; proprio questo motivo ha dettato la scelta dell'Osservatorio Hi di raccogliere i dati attraverso lo strumento dell'accesso civico,[1] cioè uno strumento disponibile alla cittadinanza.

Pertanto, Hi-Healthcare Insights, esercitando il diritto di accesso alle informazioni della Pubblica Amministrazione, ha anche quest'anno raccolto una serie di dati oggetto di una successiva duplice analisi: la prima, presente in questo documento, riguardante la qualità degli stessi dati, la seconda le informazioni inerenti nello specifico le tempistiche d'attesa.

Inoltre, i dati raccolti agevolano una costruzione razionale delle politiche sanitarie a livello regionale e nazionale. Infatti, rendono possibile una migliore comprensione dei rilevanti *trend* e prospettive evolutive, che possono positivamente influire sull'adozione di linee di indirizzo e strategie quanto più adatte al quadro reale.

[1] L'accesso civico, previsto dal D. Lgs. 33/2013, Previsto dall'art. 5, c. 1, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, e ss.mm.ii., si divide in due fattispecie: semplice e generalizzato. L'accesso civico semplice, previsto dall'art. 5, c. 1, del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., che sancisce il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che una Pubblica Amministrazione abbia omesso di pubblicare all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale pur avendone l'obbligo ai sensi del citato decreto; l'accesso civico generalizzato, previsto dall'art. 5, c. 2, del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., che comporta il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti da una Pubblica Amministrazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi di legge, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti di cui all'art. 5-bis del citato decreto; un esempio di informazioni che possono essere richieste sono i tempi di attesa delle prestazioni sanitari.

OBIETTIVI

Con la presente ricerca, Hi - Healthcare Insights mira a verificare la gestione dei tempi d'attesa da parte delle Regioni sulla base del PNGLA 2019-2021, in ragione della rilevanza fondamentale del tema per l'organizzazione di tutto il sistema sanitario, nonché per i principi di trasparenza e buon andamento previsti all'art. 97 della Costituzione,[2] anche in considerazione della qualità e confrontabilità dei dati condivisi.

Come già osservato nella precedente edizione del Report, la normativa nazionale sul monitoraggio delle liste d'attesa fornisce diverse metodologie di rilevazione dei dati. Conseguentemente, le Regioni hanno, di fatto, libertà nella scelta di quale metodologia adottare, comportando una differenziazione rilevante a livello locale da un punto di vista qualitativo.

Per poter restituire una lettura d'insieme della situazione nazionale in base alle informazioni ricevute dalle Regioni, l'Osservatorio Hi ha individuato e adottato alcuni parametri di valutazione qualitativa, analizzati attraverso l'impiego di indicatori di performance che concorrono a renderli il più esaustivi possibile.

Il presente lavoro analizza la qualità dei dati messi a disposizione dalle Regioni, ma non dà indicazione sui tempi d'attesa in sé. Per la valutazione quantitativa, che dà dunque una visione concreta sui tempi del SSN, si rimanda al Report gemello *Liste d'attesa: l'analisi dei dati,* disponibile sul sito dell'Osservatorio.

[2] "Le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità 6

1. I PARAMETRI DI VALUTAZIONE

Da una prima analisi delle informazioni ricevute dalle Regioni, si sono tratti alcuni dati di rilevanza sostanziale per consentire una lettura d'insieme della situazione nazionale adottando alcuni parametri di valutazione. Per ragioni di comparabilità tra anni, tale analisi è stata condotta sulla scia di quella svolta per la precedente edizione del Report.

L'indagine è stata condotta sulla base dei tre parametri già individuati per la precedente edizione, cioè:

- l'**accessibilità**, indicante la facilità del reperimento del dato richiesto;
- l'**usabilità**, ossia la possibilità o meno di comprendere appieno le informazioni visualizzabili;
- la **completezza,** rispetto alla qualità e alla quantità dei dati raccolti dalle Regioni.

Ciascun parametro è stato quindi analizzato attraverso l'impiego di indicatori di performance, così da renderli i più esaustivi possibile.

A questi si è aggiunto quest'anno il parametro della **confrontabilità**, ossia la possibilità di confrontare i dati di una medesima Regione da un anno all'altro. Tuttavia, si è preferito privilegiare il confronto rispetto al Report precedente, e di conseguenza il parametro della confrontabilità non è stato considerato per il calcolo del punteggio finale.

Considerando complessivamente i tre indicatori (accessibilità, usabilità e completezza, per poter confrontare i risultati del 2021 con i risultati riportati nella precedente edizione del Report), tutte le Regioni, a eccezione di Veneto e Sardegna, risultano adempienti. Le Regioni che soddisfano maggiormente i requisiti richiesti sono invece Valle d'Aosta, Marche e la Provincia Autonoma di Trento.

Regione	Punteggio 2021	Punteggio 2020	
Prov. Aut. Trento	28	24	↑
Marche	27	26	↑
Valle d'Aosta	27	23	↑
Prov. Aut. Bolzano	26	23	↑
Sicilia	26	17	↑
Basilicata	25	20	↑
Liguria	25	23	↑
Puglia	25	24	↑
Piemonte	24	27	↓
Umbria	24	21	↑
Toscana	23	20	↑
Emilia-Romagna	23	23	=
Lazio	22	28	↓
Abruzzo	22	22	=
Lombardia	22	23	↓
Calabria	21	24	↓
Friuli-Venezia Giulia	21	20	↑
Molise	21	23	↓
Campania	20	14	↑
Sardegna	18	23	↓
Veneto	n.c.	20	

TABELLA 1. LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI PARAMETRI DI VALUTAZIONE: STATO DELL'ARTE E CONFRONTO CON ANNO PRECEDENTE

Questi indicatori di performance sono stati stimati con una scala crescente da 1 a 3. Il punteggio 0 è stato assegnato in casi eccezionali, come indicato nelle tabelle successive. Il livello di soddisfazione massimo che le Regioni potevano raggiungere è pari a 30. In questa analisi, l'intervallo riscontrato va dal valore minimo assegnato di 18 (Sardegna) a quello massimo di 28 (Prov. Aut. Trento). Si può notare anche come la maggior parte delle Regioni abbia ricevuto un punteggio più alto rispetto al Report precedente, con solamente due Regioni con punteggio invariato (Emilia-Romagna e Abruzzo), e sei Regioni con un punteggio più basso. È stato invece deciso di non assegnare un punteggio al Veneto, in quanto troppi dei parametri risultavano non valutabili in seguito al mancato invio.

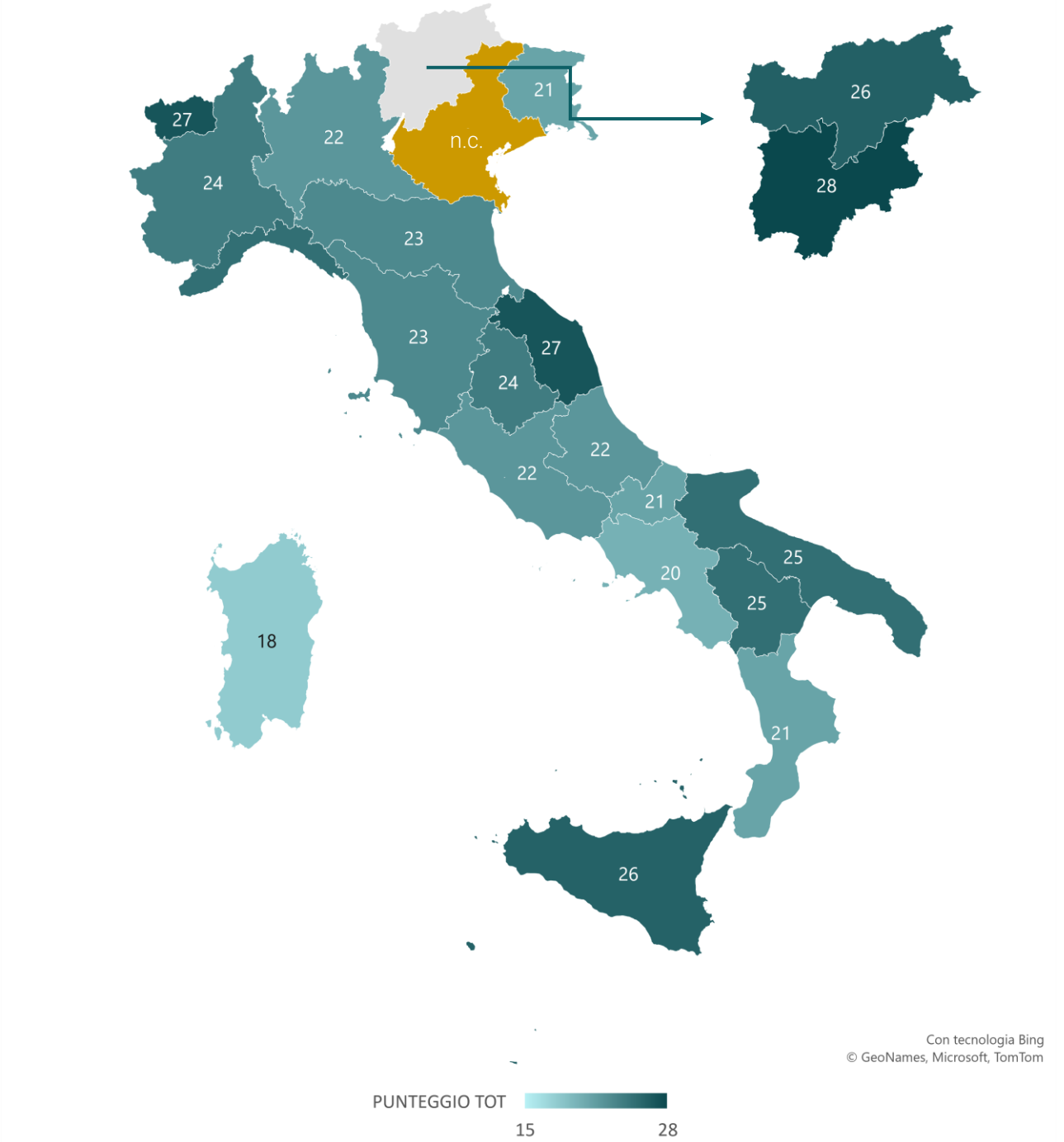


FIGURA 1. GIUDIZIO COMPLESSIVO

Rispetto alla precedente edizione del Report, si registra sul totale un miglioramento: si passa da un punteggio medio di 22,3 a 23,50, e da una media complessiva dei valori da 2,24 a 2,34.[3] In generale, le Regioni risultano adempienti alle disposizioni del PNGLA;[4] tuttavia, è opportuno ricordare che queste stesse disposizioni lasciano un non indifferente margine di discrezionalità per ciò che riguarda la metodologia di monitoraggio delle liste d'attesa.

[3] Il metodo utilizzato è la media totale delle medie risultanti dalla media dei valori di ogni singolo parametro.
[4] Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa. Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 in base alla L. 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, co. 280.

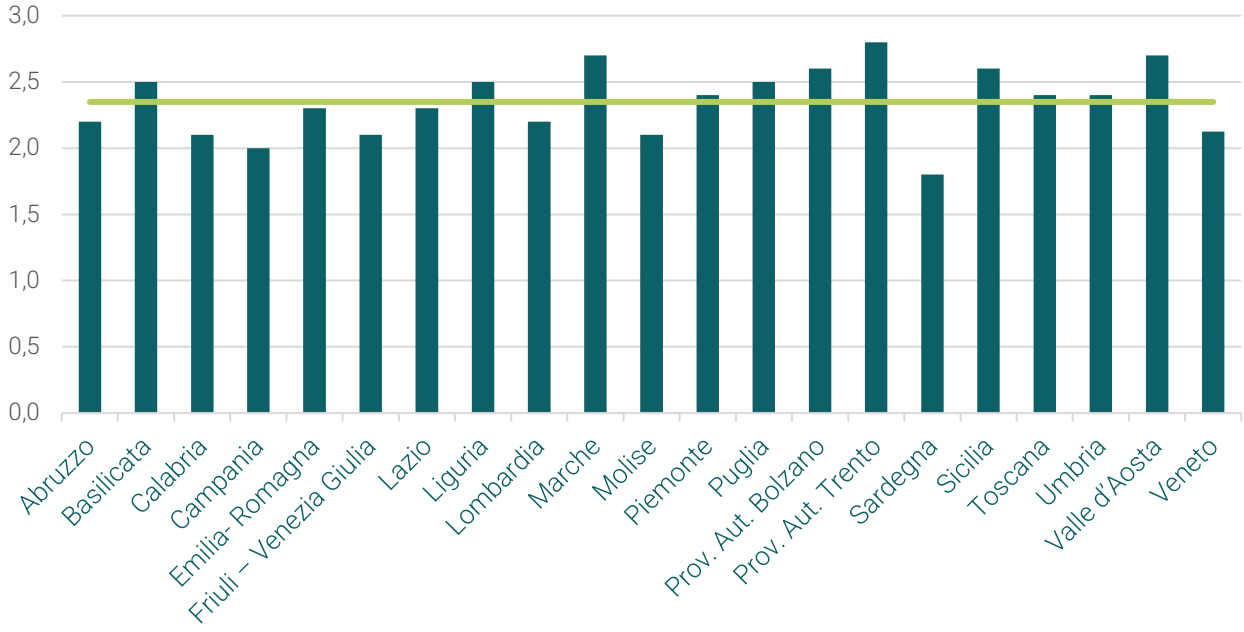


FIGURA 2. LA MEDIA COMPLESSIVA

2. ANALISI DEI SINGOLI PARAMETRI

2.1 GRIGLIA DI VALUTAZIONE DEI PARAMETRI E DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE

Per valutare il sistema di raccolta dati da un punto di vista qualitativo, sono stati utilizzati i medesimi parametri previsti per l'analisi presentata nella precedente edizione del Report:

- l'accessibilità, indicante la facilità del reperimento del dato richiesto;
- l'usabilità, ossia la possibilità o meno di comprendere appieno le informazioni visualizzabili;
- la completezza, rispetto alla qualità e alla quantità dei dati raccolti dalle Regioni.

2.2 ACCESSIBILITÀ

PARAMETRO	INDICATORE DI PERFORMANCE	VALORE			
		0	1	2	3
ACCESSIBILITÀ	Link di accesso ai dati	/	non reperibile	non facilmente reperibile	reperibile
	Risposta richiesta accesso civico	Nessuna risposta	Risposta oltre i 3 mesi	Risposta entro i 3 mesi	Risposta entro i 30 giorni

TABELLA 2: GRIGLIA DI VALUTAZIONE PER IL PARAMETRO ACCESSIBILITÀ

Con questo parametro si vuole indicare la facilità del reperimento del dato richiesto tanto per il singolo cittadino, quanto per tecnici e i ricercatori. Pertanto, è stata valutata l'esistenza di sezioni ad hoc su siti pubblici che permettano al cittadino di visualizzare i tempi di attesa. Inoltre, si è verificato se, a fronte di una esplicita richiesta di accesso civico generalizzato e/o semplice ai dati ex art. 5 comma 1 e 2, D. Lgs. n. 33,[5] vi siano state risposte da parte degli organi regionali preposti.

La media del valore medio punteggi ottenuti dalle Regioni risulta più basso del risultato registrato nella precedente edizione del Report: 2,26 a fronte di 2,4. Come riportato nella precedente edizione del Report, alcune Regioni manifestano profili di particolare debolezza, e in generale i punteggi più bassi si riscontrano nella risposta alle richieste di accesso civico.

[5] D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, G.U. n. 80, 05/04/2013, art. 5, co. 1, 2.

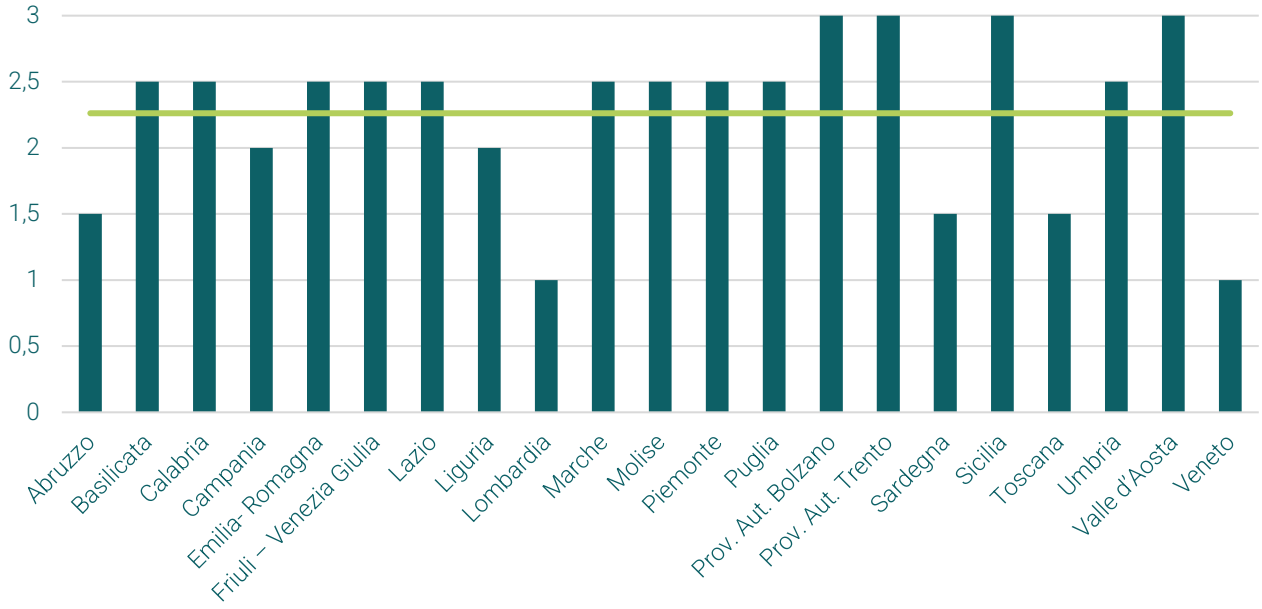
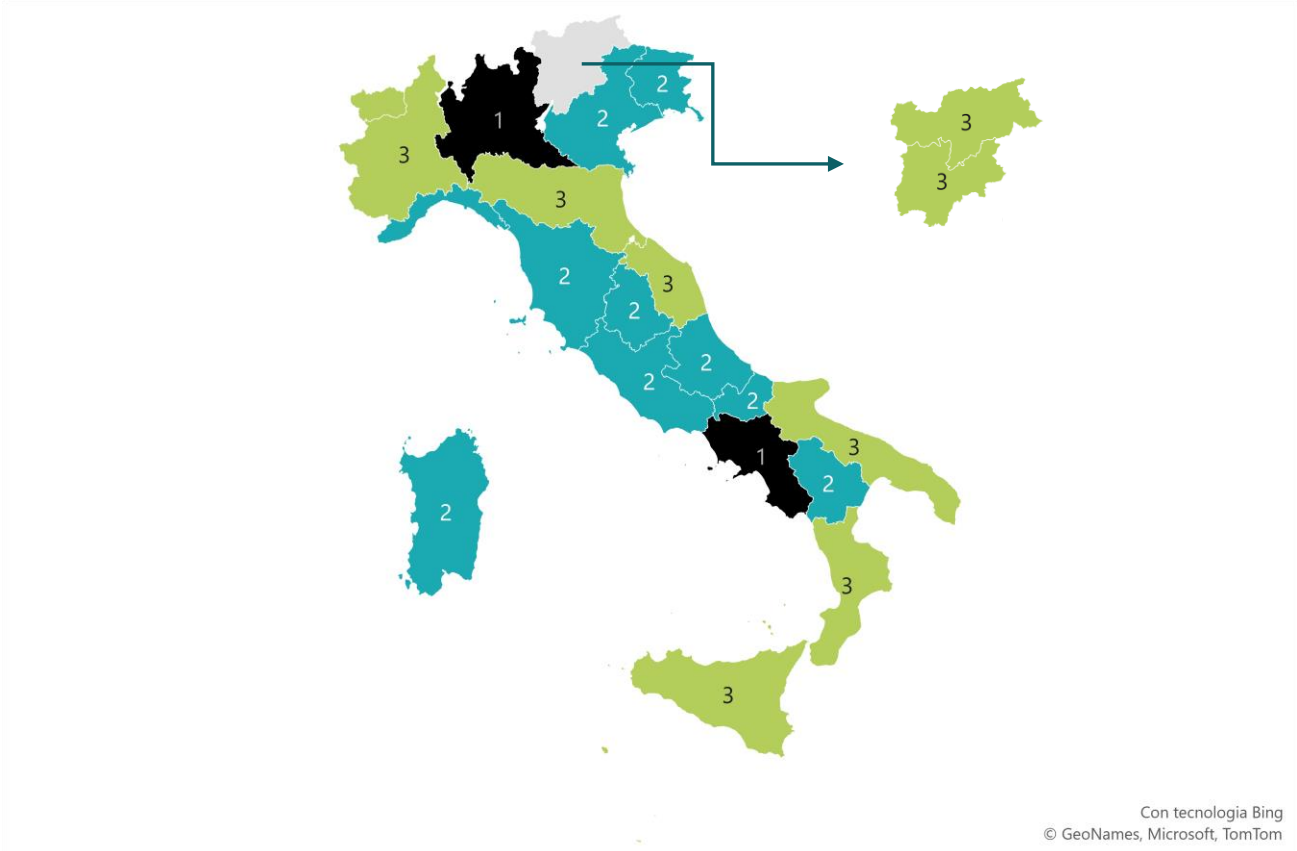


FIGURA 3: IL PARAMETRO DELL'ACCESSIBILITÀ. MEDIA DI PUNTEGGIO

2.2.1 LINK DI ACCESSO AI DATI

Come per l'indagine riportata nella precedente edizione del Report, per quanto riguarda la presenza di una sezione pubblica di accesso ai dati su un sito regionale, la valutazione in scala di tre si basa sulla reperibilità dello stesso, con una gradazione che prevede anche la non immediatezza del percorso interattivo online.

Le Regioni che non forniscono link sono Campania e Lombardia. Rispetto alla edizione precedente, Sicilia e Valle d'Aosta hanno sopperito alla mancanza di link.



LEGENDA Link di accesso ai dati	
1	Non reperibile
2	Non facilmente reperibile
3	Reperibile

FIGURA 4: PRESENZA LINK DI ACCESSO DEI DATI PER IL CITTADINO

2.2.2 RISPOSTA A RICHIESTA ACCESSO CIVICO

Per quanto riguarda invece la responsività alle richieste di accesso civico, il punteggio più alto (3) è stato assegnato alle Regioni che hanno risposto entro i termini previsti dal diritto amministrativo (30 giorni),[6] il mediano (2) alle Regioni che hanno reagito inviando dati dopo la scadenza dei suddetti termini, ma entro 3 mesi, termine di riferimento stabilito dal gruppo di lavoro, il valore più basso (1) alle Regioni che hanno risposto oltre i 3 mesi. Il punteggio 0 è stato invece assegnato a quelle Regioni che non hanno fornito alcuna risposta.

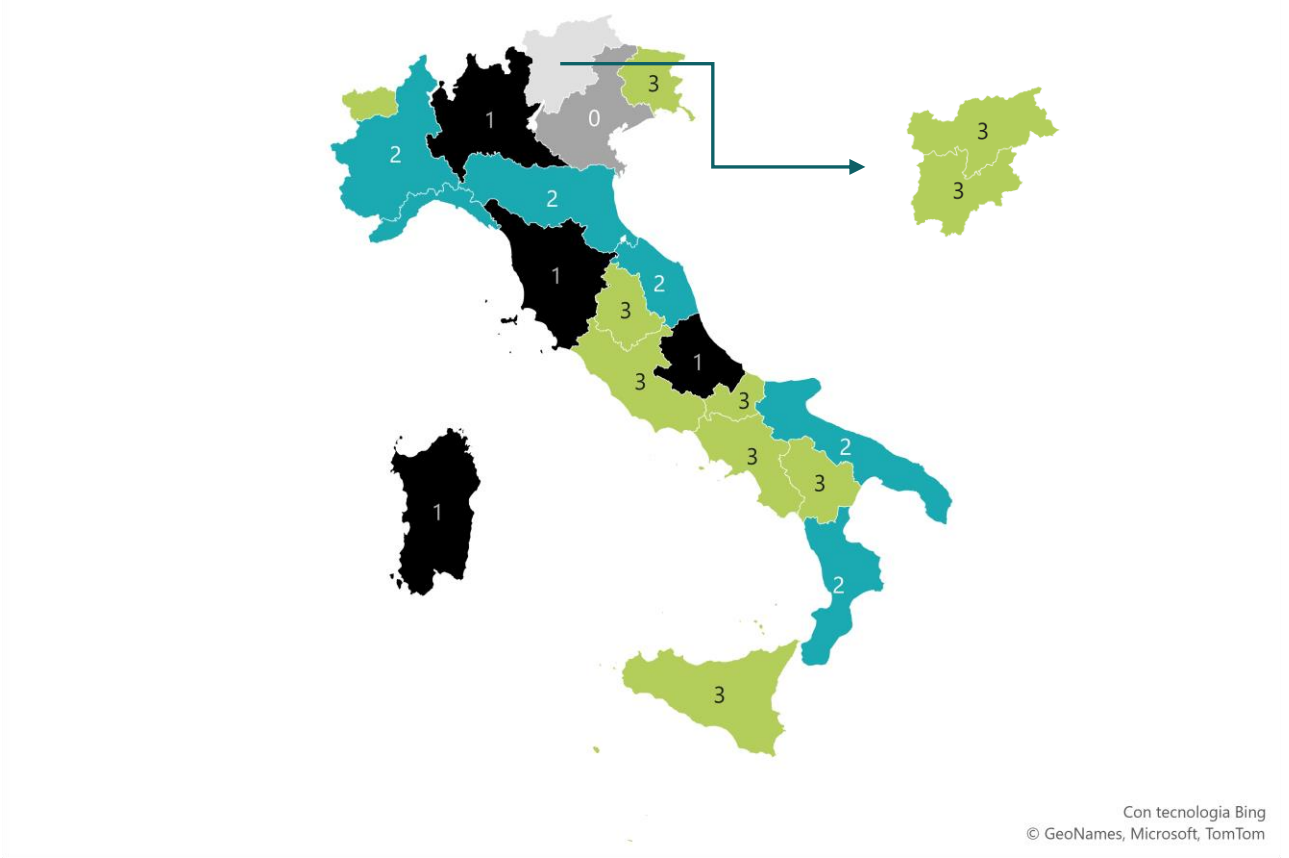
Tale analisi si basa sui dati raccolti dall'Osservatorio nel corso del 2022. La richiesta di accesso ai dati è stata inviata, sotto forma di PEC, il 28 febbraio 2022. In particolare, sono stati oggetto di richiesta:

- copia del provvedimento regionale attuativo del piano complessivo di recupero delle liste di attesa atto a portare la situazione contingente ai livelli pre-pandemici;
- tempi medi di attesa (nell'ambito del SSR, del privato accreditato, del privato non a contratto), per ciascun mese del 2021 e per ciascuna prestazione ambulatoriale soggetta a monitoraggio;

[6] D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, G.U. n. 80, 05/04/2013, art. 5, modificato dal D. Lgs. 25/05/2016, n. 97 G.U. n. 132, 08/08/2016, art. 6 co. 6.

- tempi medi di attesa (nell'ambito del SSR, del privato accreditato, del privato non a contratto), per ciascun mese del 2021 e per ciascuna prestazione di ricovero e cura soggetta a monitoraggio.

Alle Regioni non rispondenti, o che non hanno ottemperato all'invio dei dati entro i 30 giorni previsti dalla normativa, sono stati inviati più solleciti. In conclusione, ai molteplici solleciti solo la Regione Veneto non ha ottemperato alla richiesta.



LEGENDA Risposta a richiesta accesso civico		
	0	Mancata risposta
	1	Risposta oltre i 3 mesi
	2	Risposta oltre i 30 giorni, ma entro i 3 mesi
	3	Risposta entro i 30 giorni

FIGURA 5: RESPONSIVITÀ ALLA RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO

2.3 USABILITÀ

Una volta ricevuti i dati, l'indicatore dell'usabilità si riferisce alla possibilità di comprendere appieno le informazioni che sono visualizzabili.

PARAMETRO	INDICATORE DI PERFORMANCE	VALORE			
		0	1	2	3
USABILITÀ	Leggibilità dati per il cittadino	/	Per niente	Abbastanza	molto
	Interoperabilità dati per il tecnico	/	Per niente	Abbastanza	molto

Come per l'edizione precedente, il parametro dell'usabilità è stato suddiviso a seconda del fruitore, distinguendo tra cittadino e tecnico. In questo senso, il punteggio va ad indagare, da una parte, se le informazioni siano leggibili da parte del cittadino, e dall'altra se il dato sia interoperabile da parte di chi vorrebbe analizzarlo più approfonditamente. Con il termine interoperabilità si intende la "caratteristica di un sistema informativo, le cui interfacce sono pubbliche e aperte, di interagire in maniera automatica con altri sistemi informativi per lo scambio di informazioni e l'erogazione di servizi".[7]

A livello nazionale, la media dei valori attenuti si attesta sul risultato dell'anno scorso, 2,3. Si osserva, inoltre, che non tutte le Regioni che registrano punteggi alti per quanto riguarda l'interoperabilità per il tecnico registrano punteggi altrettanto soddisfacenti per la leggibilità per il cittadino, e viceversa. Rispetto all'anno scorso, si registra un calo nei punteggi a livello nazionale, ma anche una maggiore uniformità di punteggi tra gli indicatori di usabilità e accessibilità: mentre l'anno scorso l'accessibilità era 2,4 e l'usabilità 2,3, quest'anno la prima è di 2,26, la seconda 2,4.

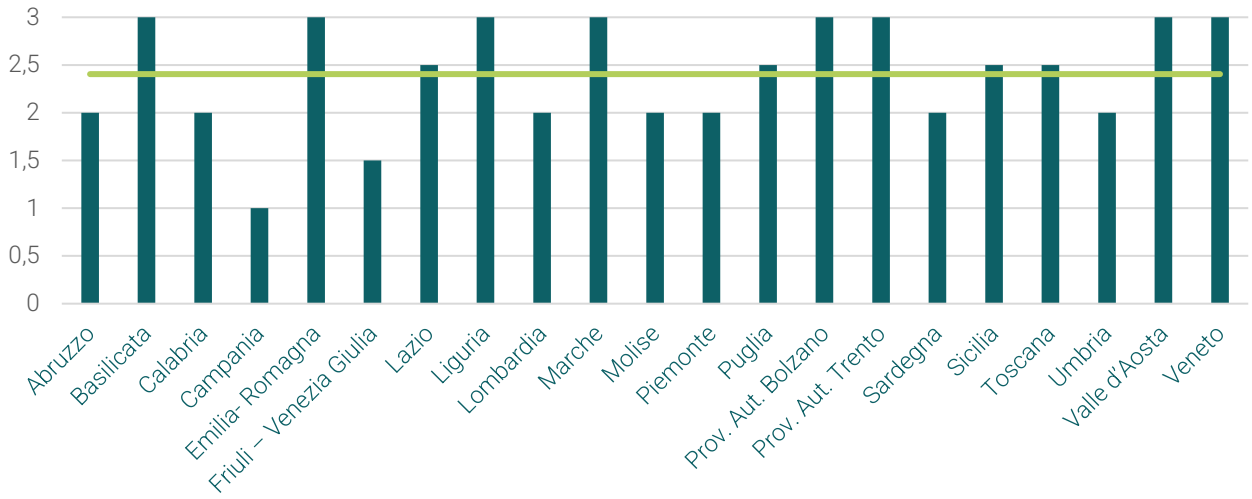


FIGURA 6: IL PARAMETRO DELL'USABILITÀ. MEDIA DI PUNTEGGIO

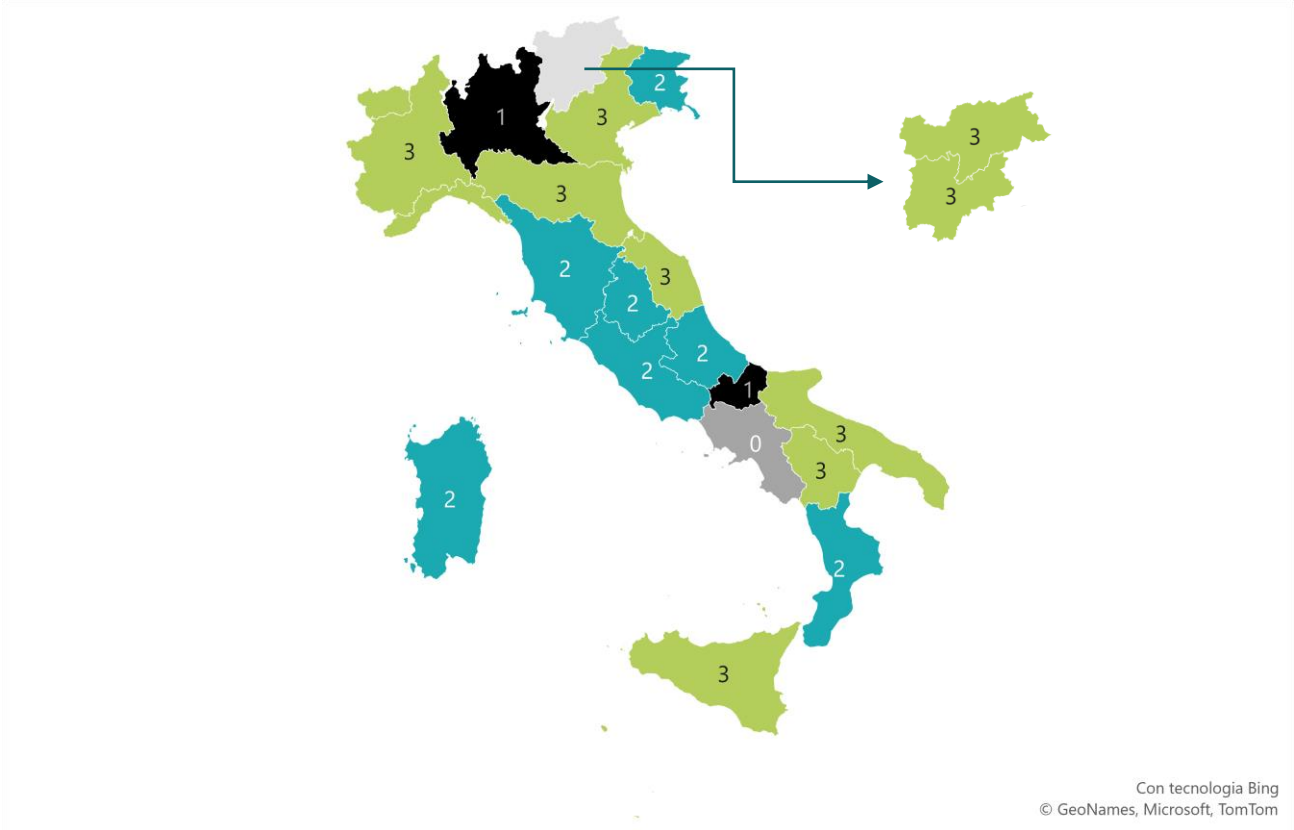
[7] Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD), D. Lgs. 7 marzo 2005, n.82, G.U. n. 82, e ss.mm.ii., 16/05/2005, art. 1, lett. dd.

2.3.1 LEGGIBILITÀ DATI PER IL CITTADINO E INTEROPERABILITÀ DATI PER IL TECNICO

È bene far presente che gli scopi, e la conseguente qualità del dato, è diversa per il cittadino e per i tecnici.

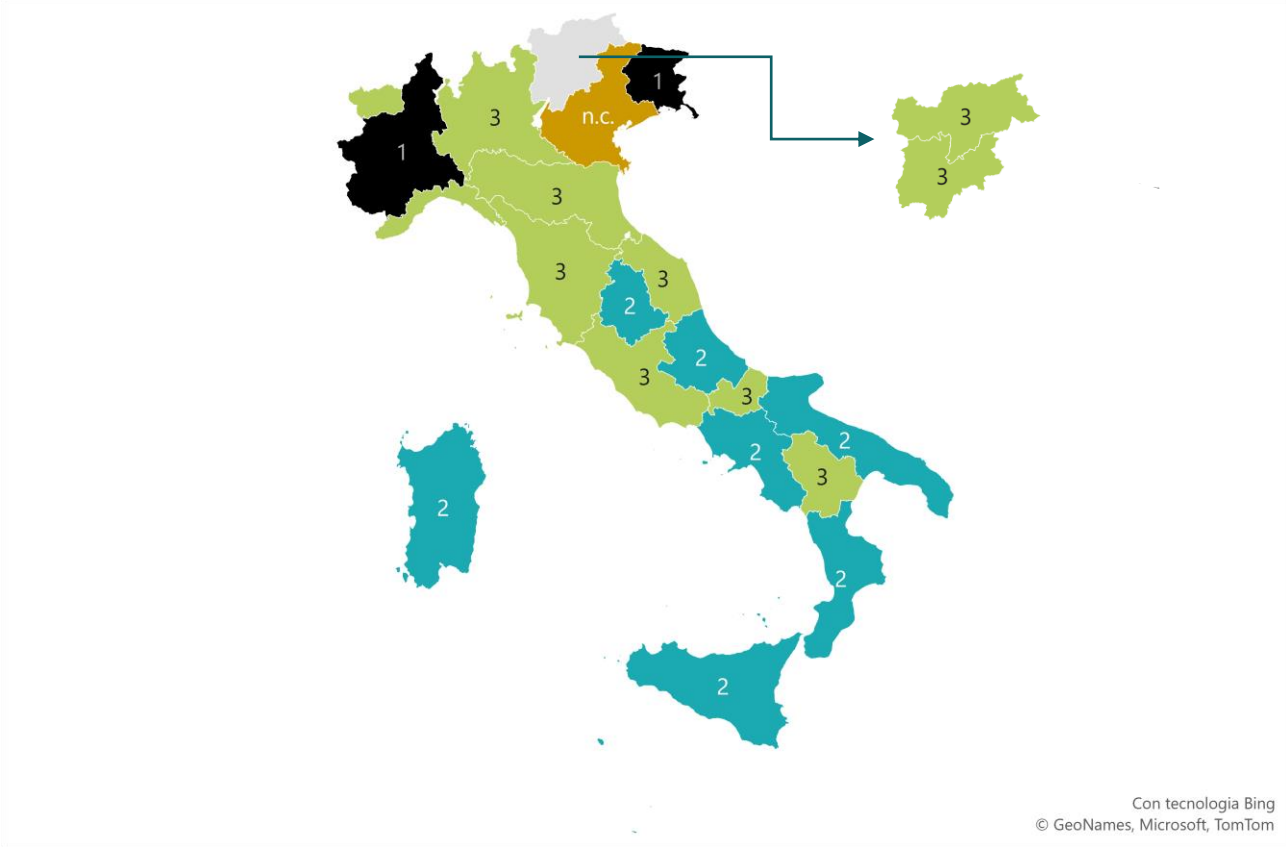
Per il primo, infatti, è importante che la reperibilità delle informazioni (sebbene i dati siano talvolta reperibili in siti diversi) corrisponda in linea di massima a una buona se non ottima leggibilità delle stesse.

Per chi deve interpretare il dato in una logica comparativa e di confrontabilità il processo è quantomeno più complesso: la diversa tipologia di formato (.xlsx – excel -, .pdf, .jpg – immagine -) con cui i dati sono forniti può comportare un dispendio di risorse ulteriore per il tecnico, quando questi non sono in un formato compatibile. Per essi è quindi importante l'interoperabilità, intendendo con essa la caratteristica di un sistema informativo che, avendo interfacce pubbliche e aperte, interagisce in modo automatico con altri sistemi informativi, facilitando lo scambio di informazioni.



LEGENDA Leggibilità dati per il cittadino	
0	Sito non presente
1	Per niente
2	Abbastanza
3	Molto

FIGURA 7. LEGGIBILITÀ DEI DATI



LEGENDA Interoperabilità dati per il tecnico		
	1	per niente
	2	abbastanza
	3	molto
	n.c.	dati non presenti

FIGURA 8. INTEROPERABILITÀ DEI DATI

2.4 COMPLETEZZA

Con completezza si intende il parametro che permette di dar conto della qualità e della quantità dei dati raccolti dalle Regioni rispondenti in termini di completezza. Per fare ciò, si sono scelti alcuni indicatori di performance che rappresentano un ventaglio di informazioni rilevanti.

PARAMETRO	INDICATORE DI PERFORMANCE	VALORE			
		0	1	2	3
COMPLETEZZA	Granularità dati	/	Nessuna suddivisione per azienda sanitaria locale/struttura sanitaria	Suddivisione solo per aziende sanitarie locali	Suddivisione sia per azienda sanitaria locale sia per singole strutture sanitarie
	Dati su prestazioni ambulatoriali	/	Assenti	Parzialmente presenti	Presenti
	Dati su interventi /ricoveri	/	Assenti	Parzialmente presenti	Presenti
	Dati per classe di priorità	/	Assenti	Parzialmente presenti	Presenti
	Frequenza raccolta dati	/	Rilevazione a campione (es. giorno/i, settimana/e, mese/i x anno)	Diverse tipologie di rilevazione per aziende sanitarie locali/strutture sanitarie	Rilevazione annuale costante
	Dati in forma ex ante /ex post	/	Forma non dichiarata	Solo ex ante o solo ex post	Sia ex ante che ex post

È bene sottolineare che per questo parametro si è adottato un approccio più frammentario rispetto a quello adottato per gli altri parametri. Tuttavia, considerando il punteggio complessivo, si segnala un sensibile miglioramento: mentre la precedente edizione del Report ha registrato un punteggio medio di 2,1, la presente edizione del Report registra il punteggio di 2,35. Si ricorda che nella precedente edizione questo era il parametro che aveva ottenuto il punteggio più basso.

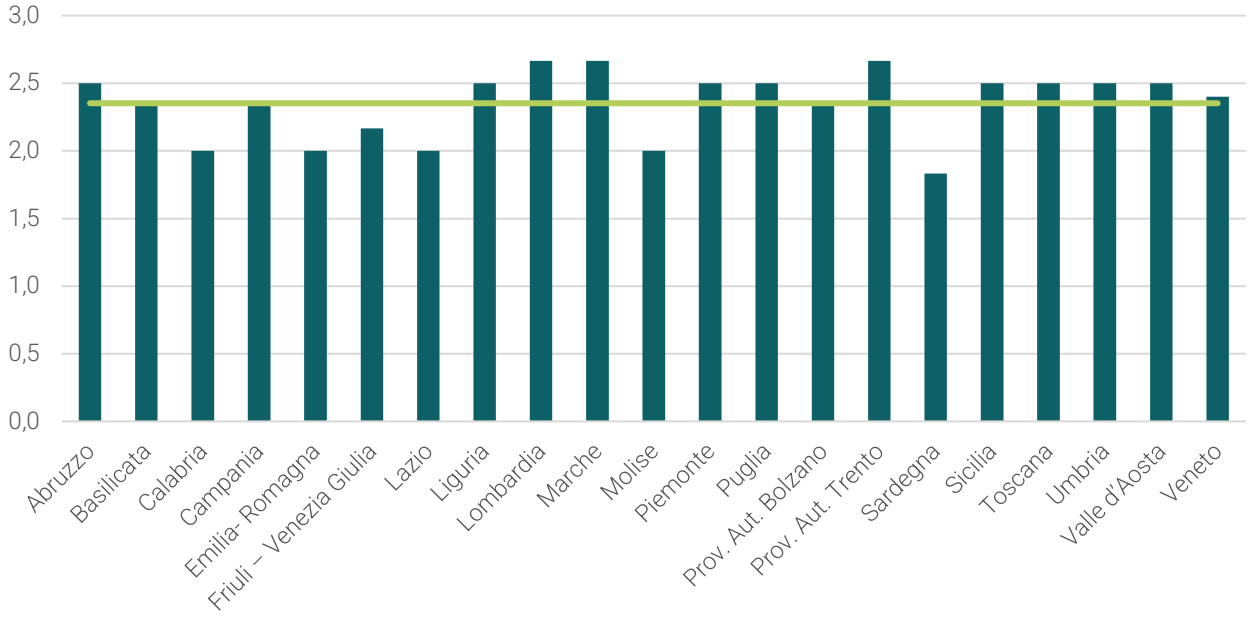
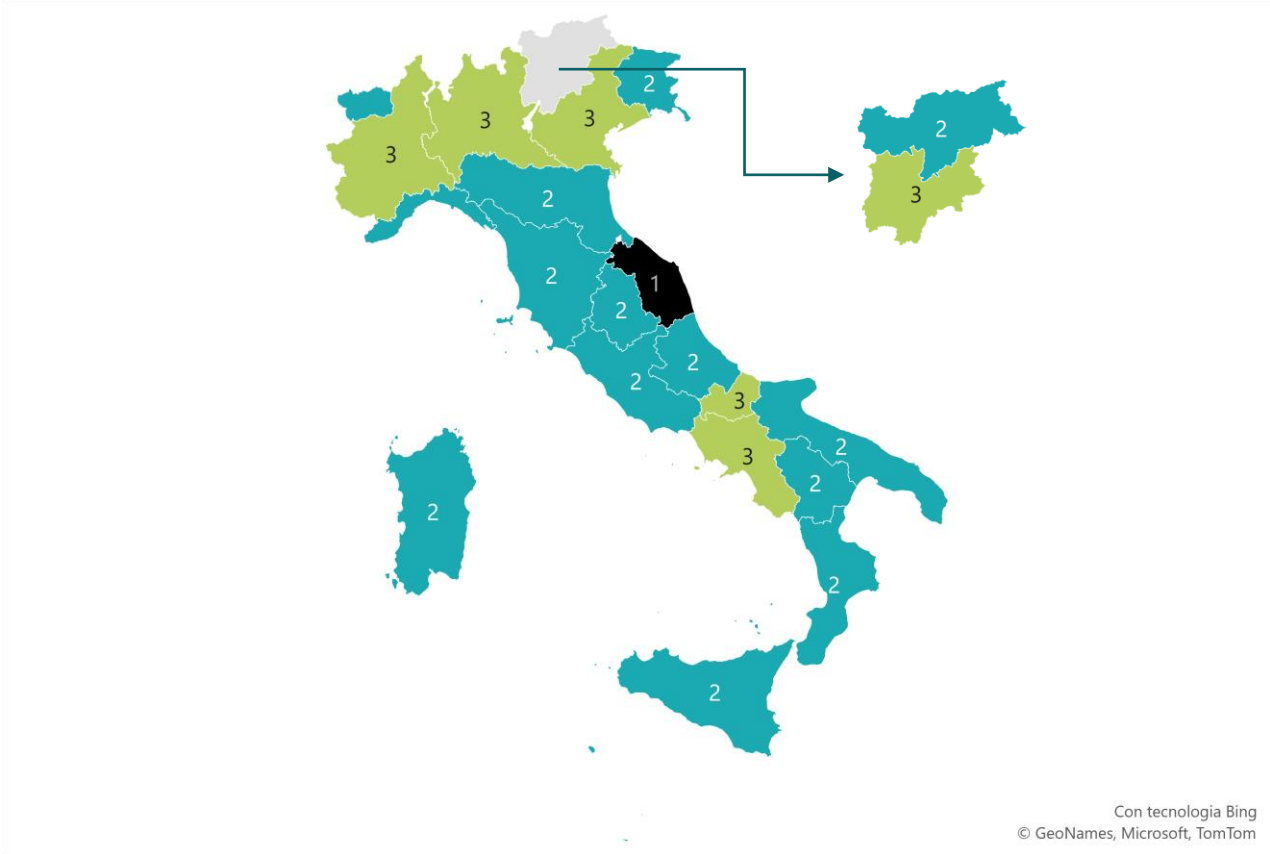


FIGURA 9. IL PARAMETRO DELLA COMPLETEZZA. MEDIA DI PUNTEGGIO

2.4.1 GRANULARITÀ DATI

Per quanto riguarda la granularità di dati, si rileva, come nell'edizione precedente, che alcune realtà regionali organizzano il monitoraggio delle liste d'attesa per azienda sanitaria,[8] per azienda ospedaliera o utilizzando entrambe le opzioni, mentre in altri casi non adottano alcun tipo di caratterizzazione in tal senso; la valutazione è, quindi, di maggior valore quando vi è la possibilità di visionare le informazioni sia nel contesto più ampio dell'azienda sanitaria locale che in quello più specifico dei singoli ospedali.

8 La definizione di Azienda Sanitaria locale utilizzata per il Report è quella indicata dal PNGLA. Infatti, "[n]el PNGLA indica il soggetto giuridico di diritto pubblico erogatore o garante delle prestazioni. Ai fini della rilevazione dell'ALPI si intendono le Aziende sanitarie locali - le quali ricevono e sintetizzano i dati di base rilevati presso le proprie strutture nonché presso tutti gli erogatori privati accreditati presenti nel territorio dell'Azienda stessa - e le altre Aziende sanitarie pubbliche (Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici universitari a gestione diretta)". Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa, Allegato D – Glossario in materia di liste d'attesa. Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 in base alla L. 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, co. 280.

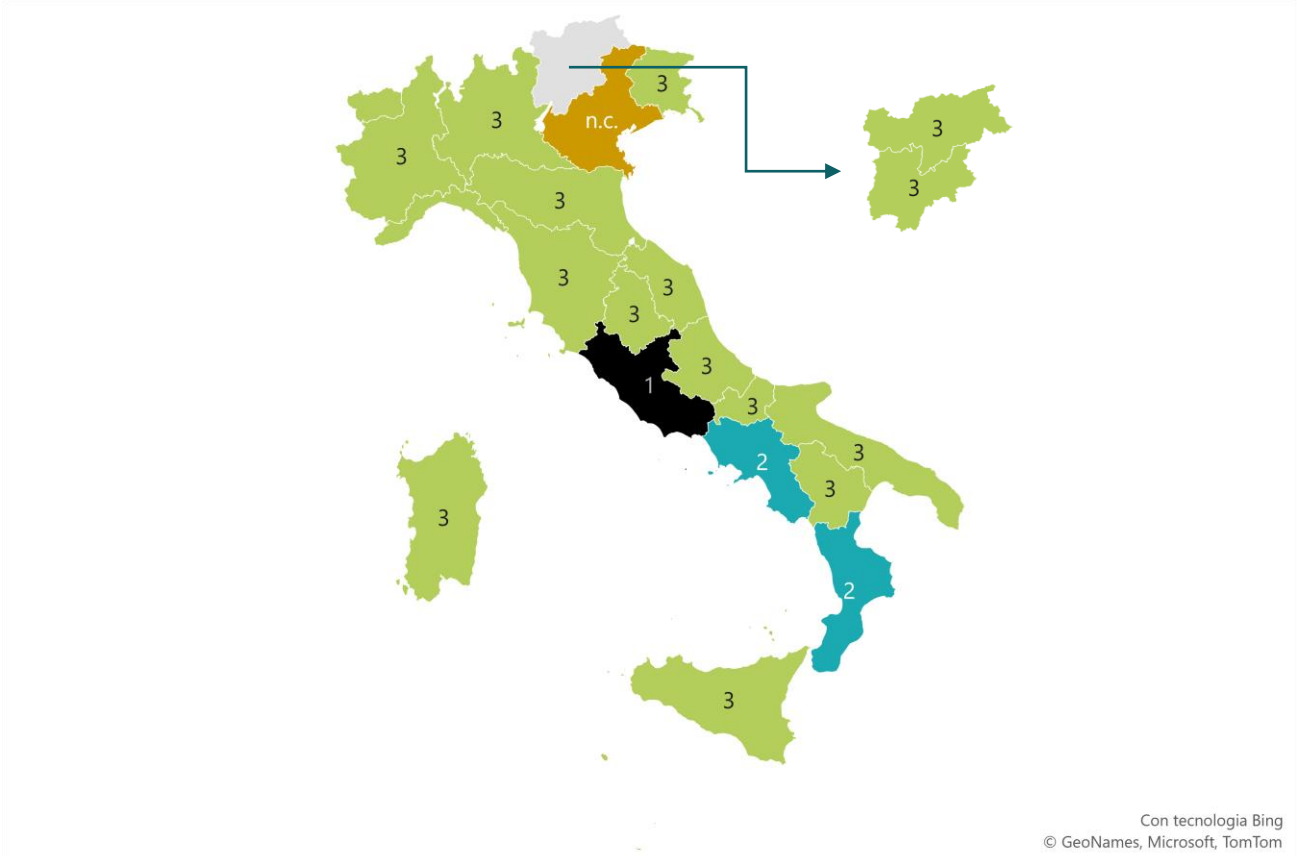


LEGENDA Granularità dei dati		
	1	Nessuna suddivisione per azienda sanitaria locale/struttura sanitaria
	2	Suddivisione solo per aziende sanitarie
	3	Suddivisione sia per azienda sanitaria locale che per singole strutture sanitarie

FIGURA 10. GRANULARITÀ DEI DATI

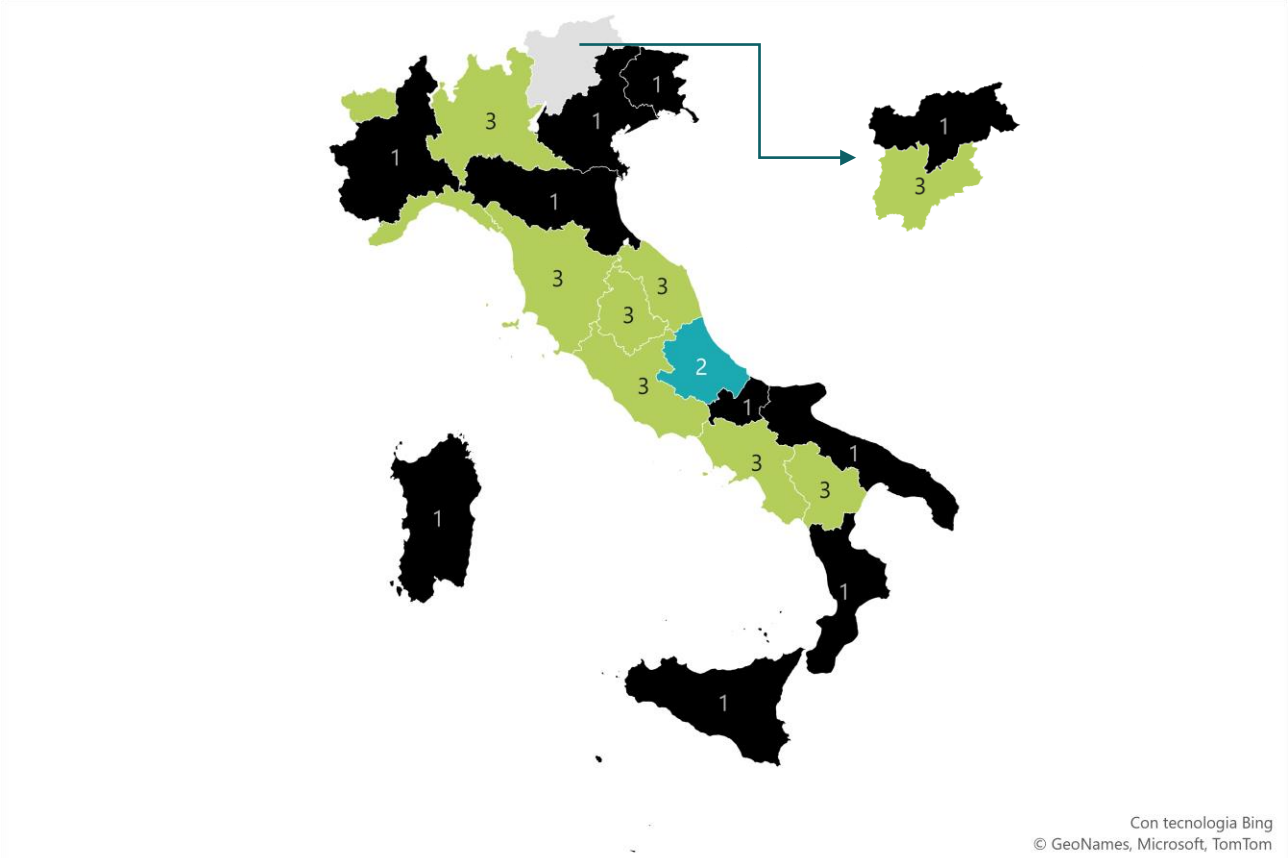
2.4.2 DATI SU PRESTAZIONI AMBULATORIALI E RICOVERI

Con riferimento al parametro della completezza, sono stati chiesti alle Regioni i dati inerenti alla completezza di informazioni rispetto alle prestazioni ambulatoriali e ai ricoveri per intervento, così da poter analizzare tali dati in forma di sotto-parametro. Il punteggio più alto è stato assegnato alle Regioni che hanno fornito entrambi i dati. In generale, come riscontrato nell'analisi per l'edizione precedente del Report, le Regioni forniscono più dati rispetto a quelli forniti per i ricoveri. Il punteggio medio, infatti, è di 2,8 per le prestazioni ambulatoriali e 2 per i ricoveri.



LEGENDA Dati su prestazioni ambulatoriali		
	1	Assenti
	2	Parzialmente presenti
	3	Presenti
	n.c.	Dati non presenti

FIGURA 11. PRESENZA DI DATI SU PRESTAZIONI AMBULATORIALI



LEGENDA Dati su ricoveri/interventi		
	1	Assenti
	2	Parzialmente presenti
	3	Presenti

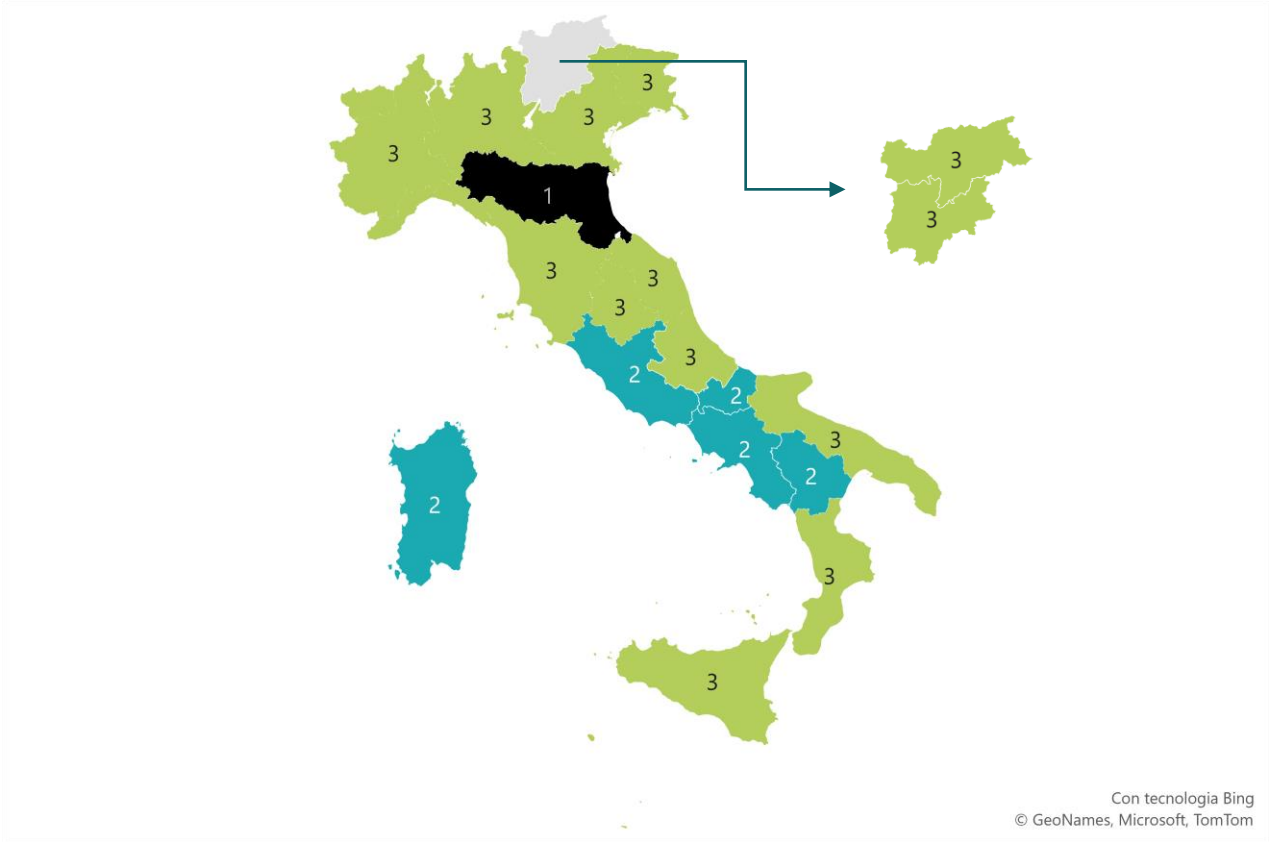
FIGURA 12. PRESENZA DI DATI SU RICOVERI/INTERVENTI

2.4.3 DATI PER CLASSE DI PRIORITÀ

Rispetto alle classi di priorità[9] che il PNGLA prevede per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri, si è assegnato un punteggio più alto alle Regioni che qualificano le prestazioni erogate esplicitandone la classe.

[9] Classi di priorità:

prestazioni ambulatoriali		ricoveri	
Classe U (Urgente)	prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore	Classe A	ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
Classe B (Breve)	prestazioni da eseguire entro 10 giorni	Classe B	ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
Classe D (Differibile)	prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Classe C	ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
Classe P (Programmata)	prestazioni da eseguire entro 120 giorni	Classe D	ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi



LEGENDA Dati per classe di priorità		
	1	Assenti
	2	Parzialmente presenti
	3	Presenti

FIGURA 13. DATI SUDDIVISI PER CLASSE DI PRIORITÀ[10]

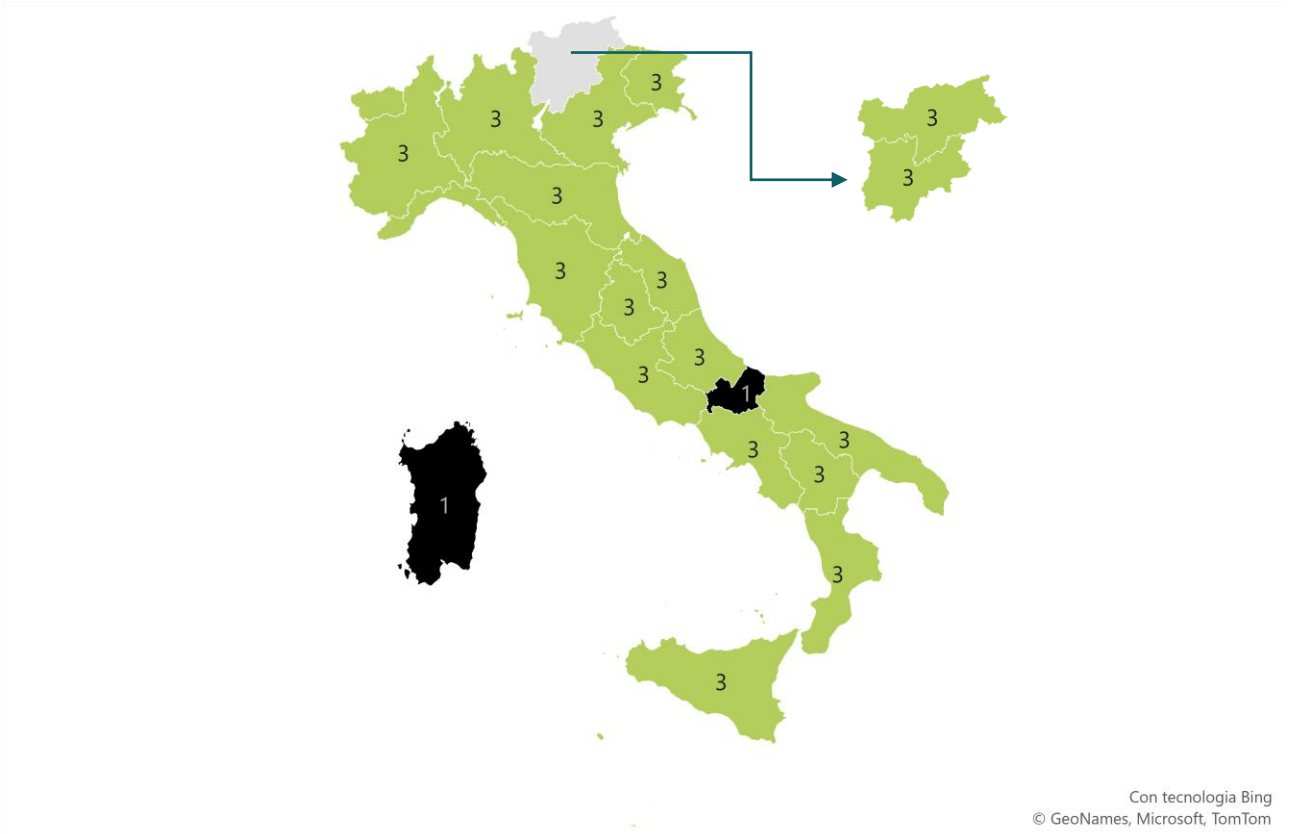
2.4.4 FREQUENZA RACCOLTA DATI

In base alla normativa sul monitoraggio delle liste d'attesa, il PNGLA lascia alle Regioni la possibilità di utilizzare diverse metodologie per la rilevazione delle informazioni sui tempi di attesa. Tra queste opzioni, figurano anche la frequenza (come periodo indice/campione) con cui tali informazioni vengono raccolte. È necessario ricordare che più un periodo indice è ampio, maggiore sarà la possibilità di comprendere concretamente l'andamento dei tempi di attesa nell'anno di riferimento. Come per l'anno scorso, come valore medio abbiamo indicato l'opzione per cui la rilevazione avviene in modo diverso tra diverse aziende sanitarie e/o strutture, quindi in modo non univoco.

Le Regioni che offrono uno spettro più ampio di tempo per il monitoraggio sono in maggioranza, e il loro numero è addirittura aumentato. Nell'anno 2021, infatti, solo Sardegna e Molise hanno optato per

[10] In casi di discordanza tra ricoveri e prestazioni ambulatoriali, si sono considerate le classi delle prestazioni ambulatoriali. Dove solo una delle due categorie di prestazioni era presente, si è considerata solo quella.
Per la Campania, data l'impossibilità di utilizzare i dati delle prestazioni ambulatoriali, che presentavano percentuali al 100%, sono stati analizzati solo i dati dei ricoveri. Nonostante ciò, considerando che le prestazioni non presentavano le classi di priorità, mentre i ricoveri sì, si è deciso comunque di assegnare un punteggio medio di 2. Per la Toscana, che ha fornito sia il tempo medio in percentuale con classi di priorità, che il tempo medio in giorni medi di attesa senza classi di priorità, si è deciso di utilizzare nell'analisi il tempo medio in giorni, prediligendo la confrontabilità con l'anno precedente, ma di valutare il parametro qualitativo premiando il miglioramento e la presenza delle classi.

la rilevazione a campione, e nessuna Regione ha utilizzato diverse tipologie di rilevazione per aziende sanitarie locali e strutture sanitarie.



LEGENDA Frequenza raccolta dati		
	1	Rilevazione a campione
	2	Diverse tipologie di rilevazione per aziende sanitarie locali/strutture sanitarie
	3	Rilevazione annuale costante

FIGURA 14. FREQUENZA DELLA RACCOLTA DEI DATI

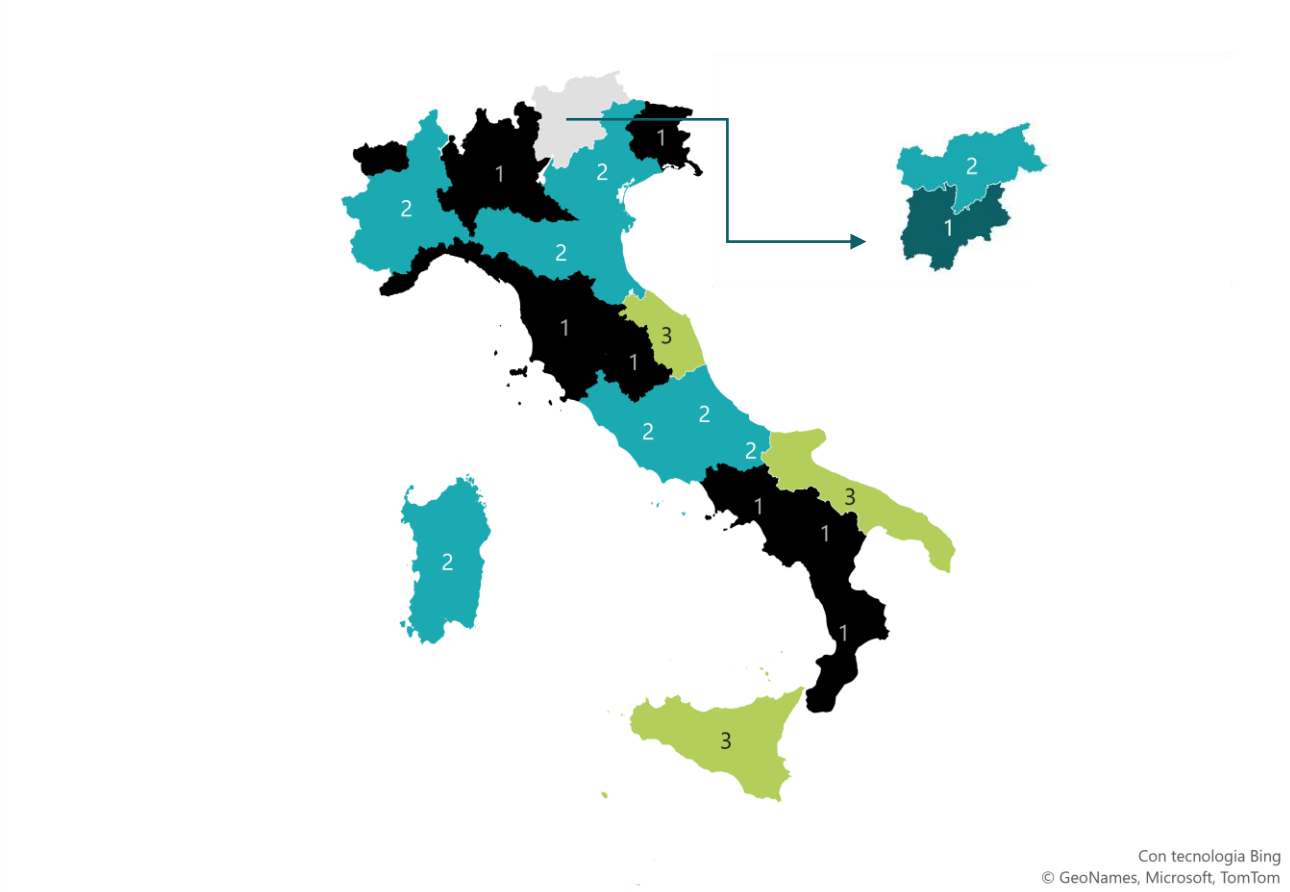
2.4.5 DATI IN FORMA EX ANTE/EX POST

Riproponendo quanto già evidenziato nella precedente edizione del Report, si ricorda che, sempre secondo le disposizioni del PNGLA, i tempi di attesa possono essere registrati con due diverse modalità: ex ante ed ex post. Quella ex ante "consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione"[11] mentre la modalità ex post prevede che "l'oggetto di rilevazione" sia "il tempo di attesa" effettivo "che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) la Struttura e la data di effettiva erogazione della prestazione."[12] Come per la

[11] Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa, Allegato D – Glossario in materia di liste d'attesa. Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 in base alla L. 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, co. 280.
[12] Ibid.

precedente indagine, il punteggio più basso è dato a quelle Regioni che, anche se hanno fornito i dati, non ne hanno dichiarato la forma di rilevazione, mentre quello più alto si riferisce alle Regioni che hanno utilizzato entrambe le modalità.

Come si evince dalla cartina, quasi la metà delle Regioni e Province Autonome italiane (10) non ha dichiarato la forma di rilevazione del dato. Tuttavia, è bene osservare che tale numero è in calo rispetto alla precedente edizione del Report (13), inoltre a Marche e Puglia si aggiunge la Sicilia tra le Regioni che forniscono sia la rilevazione in prospettiva che quella effettiva.



LEGENDA Dati in forma ex ante ed ex post	
1	Forma non dichiarata
2	Solo ex ante o solo ex post
3	Sia ex ante che ex post

FIGURA 15. DATI IN FORMA EX ANTE ED EX POST

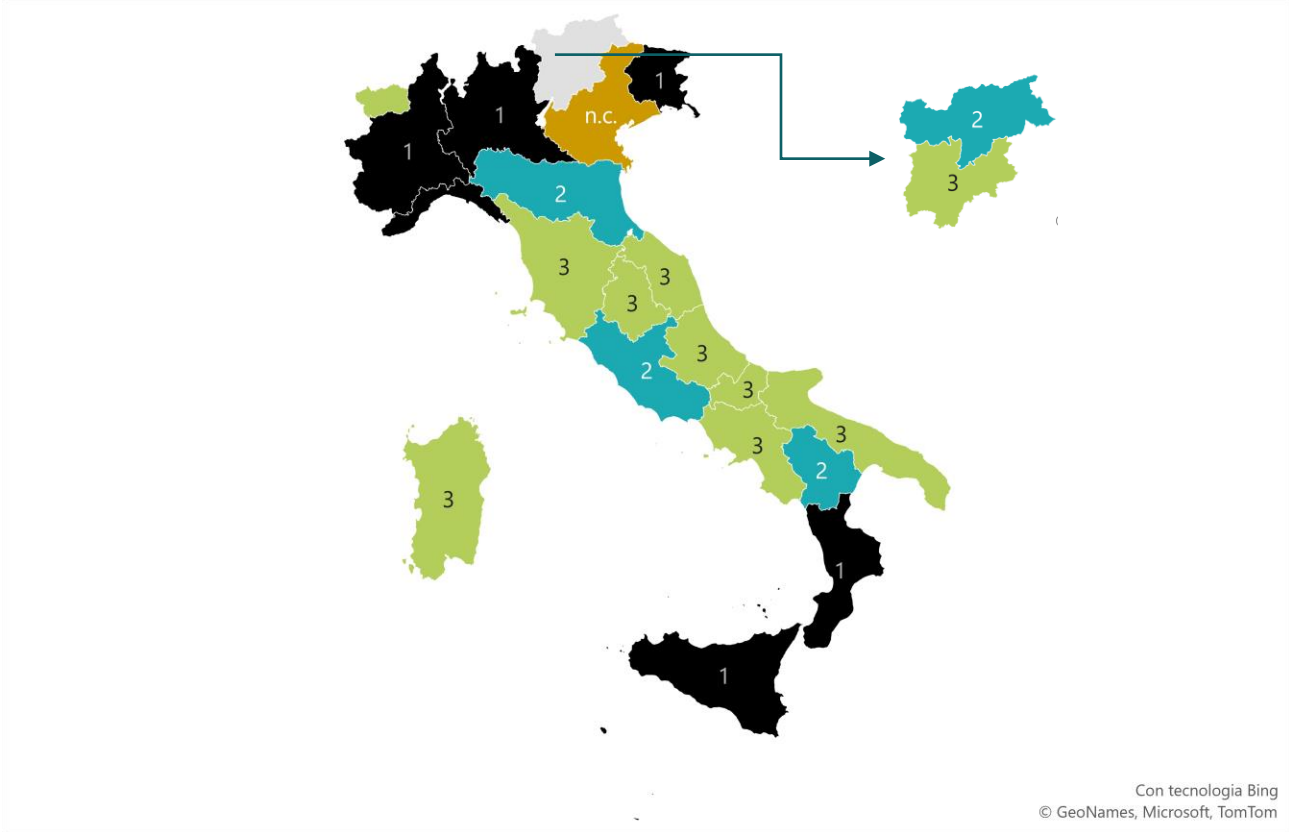
2.5 CONFRONTABILITÀ

Il parametro della confrontabilità, introdotto in questa edizione del Report, indica la confrontabilità dei dati della singola regione da un anno all'altro. In particolare, si fa riferimento all'uso della medesima metodologia per il monitoraggio dei dati riguardante i tempi di attesa, con riferimento all'uso, costante o meno, del dato basato sulle percentuali di prestazioni eseguite nei termini da PNGLA o del tempo medio per le prestazioni. Considerata l'opportunità di premiare le Regioni che abbiano mantenuto la stessa metodologia di raccolta dei dati ma al contempo riconoscendo la maggior completezza

garantita dal dato basato sul tempo medio, e quindi la volontà di non penalizzare le Regioni che siano passate da un sistema basato sulla percentuale di prestazioni eseguite nei termini a un sistema basato sulla raccolta del tempo medio, nella valutazione in scala di 3 si è assegnato il punteggio minimo (1) alle Regioni che hanno fornito dati non comparabili tra di loro, il punteggio intermedio (2) alle Regioni che hanno fornito dati non comparabili, ma in ragione del passaggio al tempo medio ponderato/percentuale ponderata contro la percentuale non ponderata, e il punteggio massimo (3) alle Regioni che hanno fornito dati comparabili tra di loro.

A questo riguardo, la media dei punteggi ottenuti dalle Regioni italiane è piuttosto positiva, 2.20. Si segnalano, in particolare, i miglioramenti nei dati forniti da Lazio ed Emilia-Romagna (passati rispettivamente da tempo medio non ponderato a tempo di attesa medio ponderato e da percentuale a percentuale ponderata), nonché nei dati forniti da Calabria e Sicilia, che non avevano fornito i dati relativi all'anno 2020.

Tuttavia, si deve anche osservare la mancata condivisione di informazioni, sia per l'anno 2020 che per l'anno 2021, da parte della Regione Veneto.



LEGENDA Confrontabilità		
	1	Dati non comparabili, passaggio da tempo medio a percentuale
	2	Dati non comparabili, passaggio da percentuale ponderata a non ponderata e viceversa, o da tempo medio ponderato a non ponderato e viceversa
	3	Dati comparabili
	n.c.	Dati non presenti

FIGURA 16. CONFRONTABILITÀ DEI DATI

PRESTAZIONI MANCANTI

In base al PNGLA, deve essere monitorata una lista di prestazioni e interventi.

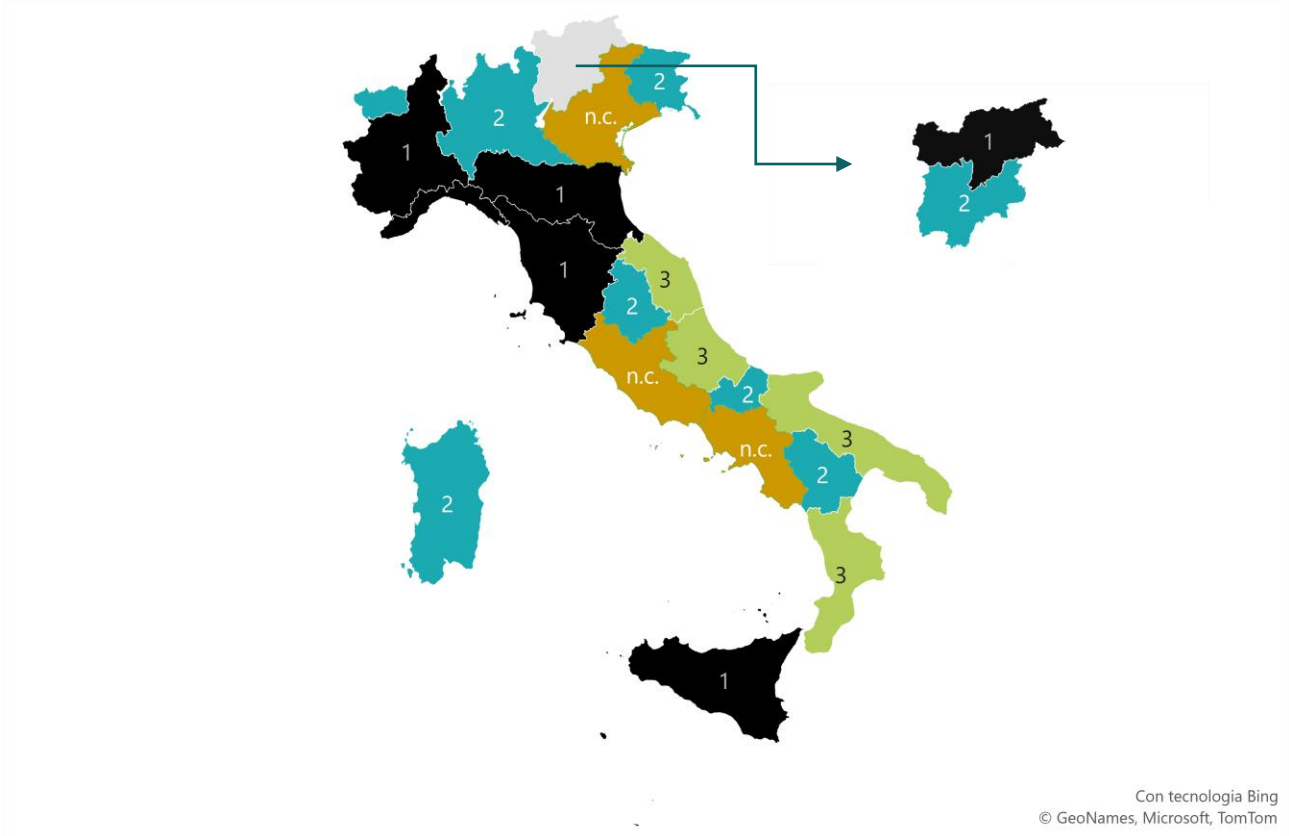
Il numero di prestazioni da monitorare è aumentato (da 61 a 69) in ragione dell'adozione, all'interno del PNGLA, di una nuova nomenclatura, a cui le Regioni sono state chiamate ad uniformarsi.[13]

Tuttavia, tale implementazione non è avvenuta in tutte le Regioni, comportando ulteriori rischi di difformità nell'attività di rilevazione da parte delle Regioni stesse. Per questo motivo, l'analisi è stata fatta sulla base della richiesta di 61 prestazioni con la vecchia nomenclatura.

A uno sguardo d'insieme, si osserva innanzitutto che i dati riguardanti gli interventi sono assenti in diverse Regioni (10), a fronte del mancato conferimento dei dati riguardanti le prestazioni da parte di una sola Regione. Fatta questa premessa, mentre il numero degli interventi mancanti è, per le Regioni che hanno fornito tale dato, piuttosto limitato (solo i dati di Abruzzo e Valle d'Aosta rimandano 2 interventi mancanti su 17 previsti da PNGLA), le prestazioni mancanti (sulle 61[14] previste in base alla vecchia nomenclatura) sono maggiori e più diffuse: i dati di solo 3 Regioni (Abruzzo, Marche e Puglia) non presentano prestazioni mancanti.

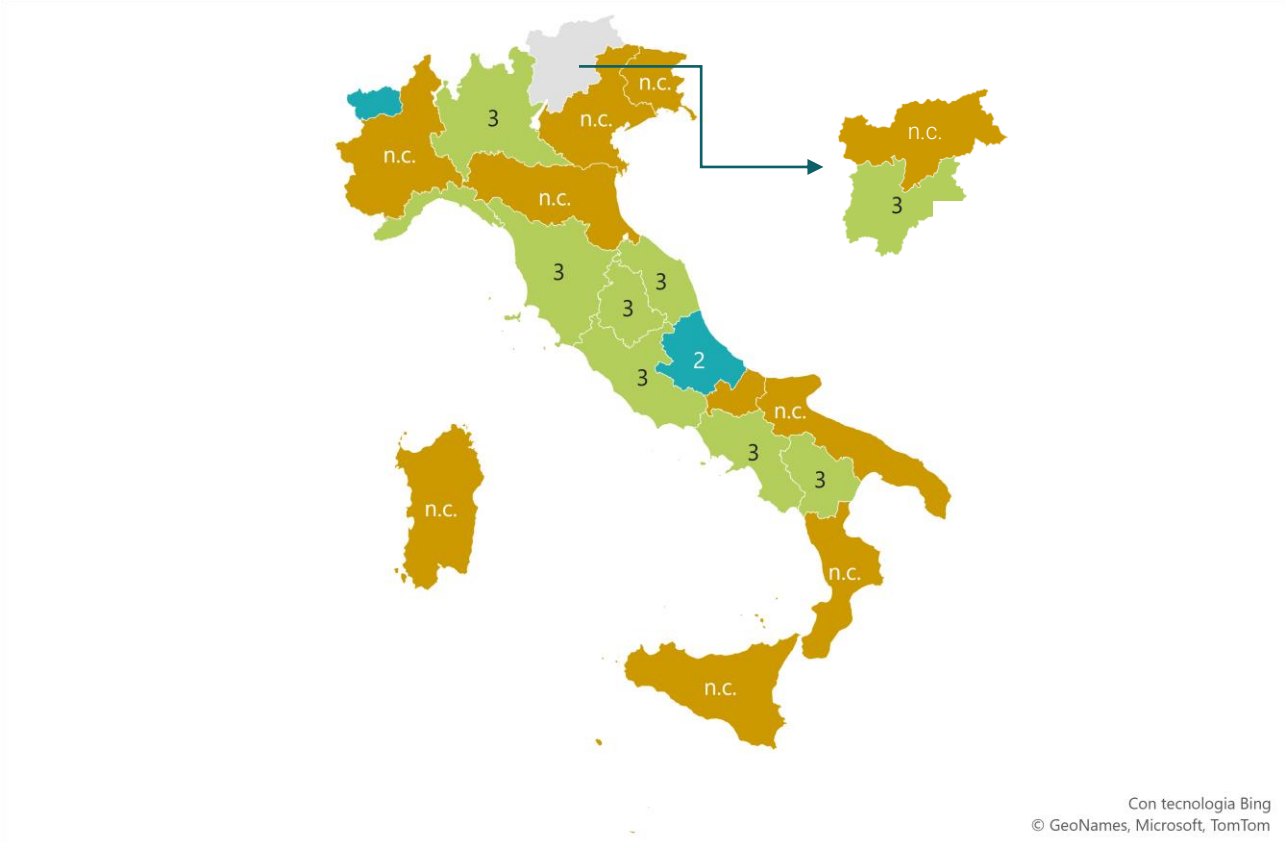
[13] Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa, Allegato A, p.to 3. Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 in base alla L. 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, co. 280. Come è ulteriormente chiarito nel volume del presente Report dedicato all'analisi quantitativa, il cambiamento di nome non è stato tenuto in considerazione da parte del gruppo di lavoro nella valutazione delle prestazioni; tuttavia, per ragioni di chiarezza è stato esplicitato in quali casi il cambio di nomenclatura deve ancora essere effettuato.

[14] Si è deciso di utilizzare la vecchia nomenclatura a 61 prestazioni per valutare la qualità dei dati, dal momento che, in caso contrario, molte Regioni sarebbero state penalizzate per non avere cambiato nomenclatura con quella nuova a 69 prestazioni. Più dettagliatamente, prevedendo come:
*Elettromiografia non aggiornata a nuove prestazioni;
**Elettromiografia e TC del rachide non aggiornate a nuove prestazioni,
le Regioni che non hanno cambiato nomenclatura sono:
Basilicata*;
Calabria*;
Emilia- Romagna**;
Friuli – Venezia Giulia*;
Liguria**;
Lombardia**;
Piemonte**;
Sardegna**;
Toscana**;
Valle d'Aosta**.



LEGENDA Prestazioni mancanti	
1	11+ prestazioni mancanti
2	2-10 prestazioni mancanti
3	0-1 prestazioni mancanti
n.c.	Dati non presenti

FIGURA 17. PRESTAZIONI MANCANTI



LEGENDA Interventi mancanti		
	1	5+ interventi mancanti
	2	2-5 interventi mancanti
	3	0-1 interventi mancanti
	n.c.	Dati non presenti

FIGURA 18. INTERVENTI MANCANTI

CRITICITÀ DEI DATI

Innanzitutto, si deve notare come il principio di razionalizzazione nazionale previsto nel PNGLA non sia stato recepito compiutamente dalle Regioni. Queste ultime, infatti, ne hanno interpretato in maniera non uniforme le disposizioni sfruttandone i già menzionati margini di discrezionalità, rendendo così impossibile un incrocio di dati che permetta una confrontabilità omogenea.

Anche quest'anno, il parametro di accessibilità al dato non è stato uniformemente rispettato e non è dunque è stata sempre garantita la possibilità di accedere a informazioni chiare attraverso i portali web dedicati. Inoltre, la risposta alle richieste di accesso civico non è sempre tempestiva (entro 30 giorni).

Per quanto riguarda l'indicatore dell'usabilità, cioè la possibilità o meno di comprendere appieno le informazioni che sono visualizzabili, la maggior parte delle Regioni garantisce una buona leggibilità dei dati per il cittadino. Tuttavia, quando si considera l'usabilità per il tecnico, con riferimento quindi l'interoperabilità dei dati,[15] la lettura risulta un processo piuttosto complesso. Infatti, i dati vengono forniti in formati differenti (.xlsx – Excel -, .pdf, .jpg – immagine -), e per giunta le singole aziende raccolgono i dati in modi differenti.

Il fatto che le Regioni adottino i diversi criteri di monitoraggio permessi dal PNGLA crea un ventaglio variabile di informazioni, e ciò impatta negativamente sulla completezza dei dati. Per esempio, alcune Regioni organizzano la rilevazione dei tempi d'attesa per azienda sanitaria locale, per azienda ospedaliera o utilizzando entrambe le opzioni, mentre in altri casi non adottano alcun tipo di caratterizzazione in tal senso, e nemmeno la classe di priorità della prestazione è sempre indicata. Inoltre, l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, come stabilito nel PNGLA stesso, non è stato adottato da tutte le Regioni e di conseguenza non tutte le Regioni rilevano lo stesso numero di servizi.[16] Per di più, come per l'anno 2021, l'usabilità dei dati rispetto alla loro granularità è ulteriormente peggiorata dalla disomogeneità tra le Regioni nella frequenza di rilevazione delle informazioni. Questa, infatti, avviene talvolta annualmente, talvolta mensilmente, o ancora con riferimento a un periodo indice (es. semestre). Da ultimo, non sempre le Regioni indicano se la rilevazione condotta è ex ante o ex post.

[15] Per interoperabilità dei dati si intende la caratteristica di un sistema informativo che, avendo interfacce pubbliche e aperte, interagisce in modo automatico con altri sistemi informativi, facilitando lo scambio di informazioni.
[16] Si veda il sottoparagrafo "I compiti delle Regioni" nel capitolo 1.

CONCLUSIONI

Dall'analisi condotta sull'anno 2021 si possono trarre, in buona parte, le medesime conclusioni presentate nella precedente edizione del Report.

Da una parte, un significativo numero di Regioni conferma la capacità di fornire informazioni sui tempi di attesa delle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale. Tale capacità si esplica sia con diretta risposta a seguito di una richiesta esplicita, sia in maniera indiretta, attraverso la predisposizione di interfacce virtuali. Inoltre, la maggior parte delle Regioni si dimostra capace di fornire dati interoperabili, che permettono l'attività di studio da parte di un tecnico. L'unica Regione che non ha fornito dei dati intellegibili per tale studio, il Veneto, presenta comunque dati accessibili al cittadino.

Tuttavia, come già osservato nella precedente edizione del Report, sono da segnalarsi delle criticità, riferite in particolare alla varietà della metodologia di monitoraggio.

Infatti, il monitoraggio svolto dalle Regioni in base alla disciplina del PNGLA può essere descritto come non razionalizzato e spesso incompleto. Non essendoci la possibilità di confrontare il risultato della presente analisi con le relazioni ministeriali che dovrebbero essere pubblicate annualmente a seguito dell'invio dei flussi di monitoraggio da parte delle Regioni,[17] si sono riscontrate problematiche non indifferenti nell'interpretazione corretta di alcune informazioni.

Nuovamente, si ricorda che tali difficoltà sono da imputarsi non al regionalismo che, in base al riparto delle competenze stabilito all'art. 117 Costituzione,[18] permea la materia sanitaria, quanto alla stessa normativa nazionale. Infatti, il testo del PNGLA, fornendo diverse metodologie di raccolta dei dati tra cui scegliere, lascia ampio margine di discrezionalità alle Regioni.

Si deve così giungere alla conclusione che la libertà lasciata dal PNGLA comporta una indubbia frammentazione del sistema, con ripercussioni negative sulla possibilità di operare una confrontabilità effettiva dei dati.

Ciò comporta significative conseguenze: innanzitutto, ostacola gli sforzi di snellimento e alleggerimento del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale avvenuti negli ultimi anni.

Inoltre, dato che la gestione dei tempi di attesa rappresenta uno dei criteri per garantire l'accesso al nostro sistema universalistico, questa disomogeneità non permette la valutazione delle performance del sistema stesso e riduce l'opportunità di produrre informazioni indispensabili per attuare una programmazione sanitaria efficiente.

[17] Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021, Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa, Allegato B - Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa. Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 in base alla L. 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, co. 280. D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, G.U. n. 80, 05/04/2013, art. 5, co. 1, 2.

[18] Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a […] tutela della salute […]. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei princìpi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.
Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato".
Costituzione della Repubblica italiana, art. 117, come modificato da L. cost.18/10/2001, n. 3, G.U. n. 248, 24/10/2001.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Costituzione della Repubblica italiana, G.U. n. 298, 27/12/1947
- D. Lgs. 7/03/2005, n.82, G.U. n. 82, 16/05/2005, e ss.mm.ii.
- D. Lgs. 14/03/2013, n. 33, G.U. n. 80, 05/04/2013, e ss.mm.ii.
- L. cost.18/10/2001, n. 3, G.U. n. 248, 24/10/2001
- Ministero della Salute, Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021, 21/02/2019