

18 **Tempi di attesa: trend e politiche di risposta durante e dopo la crisi Covid-19**

di Paola Roberta Boscolo, Lorenzo Fenech, Laura Giudice, Francesca Lecci, Andrea Rotolo, Rosanna Tarricone¹

18.1 **Introduzione**

Garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati rappresenta un obiettivo prioritario per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il cui compito è appunto quello di soddisfare i bisogni assistenziali dei cittadini secondo i principi dell'equità di accesso alle prestazioni, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza, della correttezza e della trasparenza. In tal modo, si ottiene che l'inquadramento diagnostico e le successive terapie non siano ingiustificatamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità della vita. Tuttavia, l'esistenza di tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie contraddistingue inevitabilmente ogni sistema pubblico organizzato su base universalistica. Le liste di attesa rappresentano, infatti, un problema di grande importanza e attualità per tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che almeno sul piano formale assicurano la copertura globale delle prestazioni sanitarie.

In generale, l'attesa per avere accesso alle prestazioni sanitarie rientra tra gli strumenti diretti di governo della domanda. Più precisamente, l'attesa si configura come uno strumento di razionamento reale implicito, a differenza degli strumenti di razionamento reale esplicito, quali, ad esempio, l'imposizione di un tetto al volume di prestazioni sanitarie garantite. Tale razionamento implicito tende a manifestarsi frequentemente nei Paesi con assicurazione sanitaria pubblica, ovvero in assenza di un prezzo di mercato sostenuto dal consumatore per avere accesso ai servizi sanitari (*zero cost-sharing* o limitata compartecipazione) e con vincoli di bilancio che limitano l'offerta (Rebba, 2009). La con-

¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, il §18.1 può essere attribuito a Francesca Lecci, il §18.2 ad Andrea Rotolo, il §18.3 a Paola Roberta Boscolo, i §§18.4, 18.5.1, 18.5.2, 18.5.3 e l'Appendice a Laura Giudice, i §§18.5, 18.5.4 e 18.6 a Lorenzo Fenech e il §18.7 a Rosanna Tarricone.

temporanea presenza di questi elementi impedisce di raggiungere spontaneamente un equilibrio tra domanda e offerta. In particolare, liste e tempi d'attesa sono la diretta conseguenza di un cronico eccesso della domanda sull'offerta. Infatti, i pazienti in numero superiore rispetto a quello compatibile con le differenti configurazioni organizzative dell'offerta di servizi vengono aggiunti alla lista d'attesa. Sebbene spesso vengano usati come espressione dello stesso fenomeno, «tempo d'attesa» e «lista d'attesa» sono due concetti differenti. La lista d'attesa corrisponde al numero di pazienti in coda, ovvero lo stock di pazienti che devono essere trattati in un certo intervallo temporale. È facile che si determini una lista d'attesa se il flusso di aggiunte alla lista eccede il tasso a cui i pazienti sono rimossi dalla stessa dopo aver ricevuto il trattamento. Il tempo d'attesa è invece determinato dalla durata dell'attesa tra il momento in cui il paziente entra in lista e il momento in cui riceve la prestazione (Rebba, 2009; Hurst e Siciliani, 2003; Siciliani *et al.*, 2013). Nonostante siano due concetti strettamente correlati, non sempre gli interventi di regolamentazione sulle liste e sui tempi d'attesa conducono agli stessi risultati. Ad esempio, «un aumento della capacità produttiva può portare ad una contrazione dei tempi d'attesa, ma non implica necessariamente una riduzione della lista di attesa che, al contrario, potrebbe registrare un allungamento» (Rebba, 2009).

Tra i due concetti, i policy-maker hanno progressivamente inteso affrontare prevalentemente quello dei tempi di attesa, considerando che per i pazienti il tempo «atteso» è più rilevante della lunghezza della lista. Il focus del presente capitolo è quindi sui tempi di attesa e sulle azioni per il loro contenimento. Gli stessi «Piani» del Ministero prendono il nome di Piani sul Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), ma, di fatto, come area di risultato, si concentrano sul monitoraggio dei tempi di attesa. Tra l'altro, i PNGLA degli ultimi anni sono in continuità con la loro versione originaria sul «Contenimento dei Tempi di Attesa» (2008). Di riflesso, essendo il presente contributo rivolto in particolare ad una platea di policy makers e top manager pubblici, tratterà quasi sempre in maniera indistinta «governo delle liste di attesa» e «azioni per il contenimento dei tempi di attesa», nella consapevolezza che, almeno nel contesto nostrano, l'insieme di interventi sul governo delle liste di attesa è tipicamente inteso come insieme di interventi rivolti a contenere, non tanto le liste, quanto i tempi di accesso alle prestazioni. Tempi che sono stati inoltre ulteriormente dilatati dall'emergenza sanitaria Covid-19: ricadute come la sospensione dell'erogazione di alcune tipologie di prestazioni nei periodi di picco pandemico, la necessità di nuove misure di prevenzione e contenimento del contagio e, più in generale, la forte pressione imposta sul SSN (sulle sue risorse e sui suoi operatori) hanno aggravato il problema dell'attesa.

Stanti queste premesse e data l'ampiezza e specificità che il tema assume in ciascun ambito della sanità, il capitolo si concentra in particolare sul segmento dell'attività ambulatoriale, per una serie di motivazioni. In primo luogo, è

l'ambito per cui si è riscontrato un maggior gap in letteratura rispetto, almeno, a quello chirurgico. Questo è probabilmente legato alla minore disponibilità di dati ed evidenze, riconducibile, a sua volta, al fatto che l'attività ambulatoriale, per ampiezza e ordini di grandezza, è molto meno concentrata e circoscrivibile. Il suo peso specifico e le pressioni sul sistema di offerta la rendono pertanto un terreno particolarmente «sfidante» e interessante nell'ambito dei tempi di attesa. In prospettiva, inoltre, le pressioni della domanda sono destinate ad aumentare, per via del c.d. invecchiamento della popolazione, da una parte, e del possibile aumento dell'attività di prevenzione da parte della popolazione più giovane, come effetto dello sviluppo della medicina predittiva, dall'altra. Sul lato dell'offerta, è ormai evidente che quello dell'ambulatoriale è l'ambito su cui si stanno concentrando e si concentreranno gli sforzi di una sanità che guarda sempre di più oltre l'ospedale, non da ultimi quelli definiti attraverso le numerose linee di azione contenute nel capitolo Sanità del PNRR. Il contributo si sviluppa come segue: viene presentata la dimensione del fenomeno e l'impatto sullo stesso del Covid-19 (§18.2) e viene qualificato il fenomeno sia dal punto di vista di aziendale (§18.3), attraverso una review della letteratura internazionale rilevante, sia dal punto di vista normativo (§18.4). Una volta inquadrato il fenomeno vengono presentati i risultati di un'analisi empirica (§18.5) finalizzata a comprendere (i) su quali politiche e sistemi manageriali poggiava il governo delle liste e contenimento dei tempi di attesa prima della pandemia; (ii) quali sono le principali leve utilizzate per contenere i tempi di attesa e l'attività ambulatoriale e quali si stanno rivelando determinanti per affrontare il problema; (iii) quali questioni il SSN dovrà ancora affrontare per governare le liste e contenere i tempi di attesa e quali cambiamenti nelle politiche e nei sistemi di gestione. I risultati dell'analisi vengono discussi (§18.6) e sintetizzati presentando le suggestioni più significative (§18.7).

18.2 Dimensioni (trend) e perimetri del fenomeno in Italia e nel mondo

Si è già detto come il fenomeno delle liste d'attesa abbia notevole rilevanza per diversi ordini di ragioni:

- ▶ impatta direttamente sull'esperienza di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini determinandone una visibilità immediata;
- ▶ può influenzare notevolmente gli esiti dei processi di cura, determinando un impatto rilevante sugli *outcome* clinici (e quindi, nuovamente, in modo diretto sul cittadino/paziente e sulla sua salute);
- ▶ è spesso al centro del dibattito politico, indicato come uno dei «problemi» del SSN su cui ciclicamente i governi si interrogano e propongono soluzioni «sistemiche»;

- richiede dunque sia interventi «macro» a livello di organizzazione del sistema nel suo complesso, sia interventi «micro» che devono affiancarsi al livello regionale e poi successivamente a quello aziendale.

Tuttavia, esiste un'altra motivazione che aiuta a mettere meglio in prospettiva questo fenomeno e che permette inoltre di definire se possiamo identificarlo o meno come un «problema»: le dimensioni e la quantificazione delle liste d'attesa.

Prima di approfondire i dati e le evidenze disponibili è bene fare una premessa: le statistiche sulle liste d'attesa sono tutt'oggi frammentate e difficilmente confrontabili tra Paesi. La stessa OCSE, che propone i dati più estesi su questa tematica, riconosce la difficoltà nell'individuare una definizione comune dei criteri per rilevare le liste d'attesa. Nonostante gli sforzi avviati già da alcuni anni per costruire metriche condivise, ancora oggi le evidenze sono limitate ad alcune tipologie di prestazioni (soprattutto chirurgiche) e, non meno importante, con un livello di aggiornamento che non ci permette ancora di osservare in modo compiuto gli impatti della pandemia sulla gestione delle liste d'attesa.

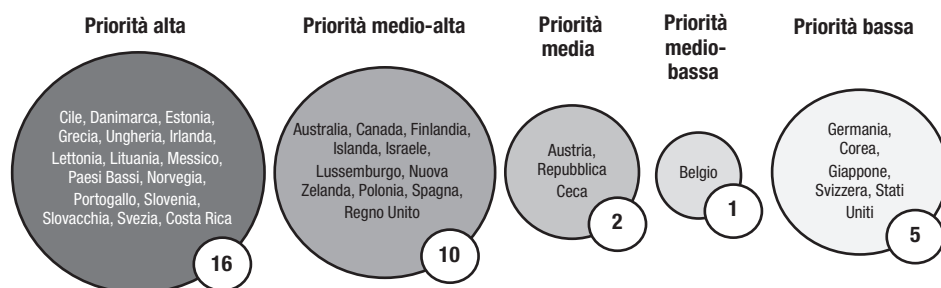
Di conseguenza, i dati che saranno presentati nel paragrafo devono essere considerati un primo spunto di riflessione per mettere in contesto il tema in una prospettiva più ampia e di sistema.

18.2.1 Il fenomeno delle liste d'attesa a livello internazionale

Nel corso degli anni, l'OCSE (2013, 2018, 2020) ha già più volte sottolineato come il tema delle liste d'attesa sia centrale non solo in Italia, ma nella maggior parte dei Paesi che ne fanno parte, salvo rare eccezioni.

Analogamente, un rapporto della Commissione Europea del 2018 («Inequalities in access to healthcare») aveva evidenziato come il problema delle liste d'attesa fosse un tema di preoccupazione «considerevole» nella maggior parte

Figura 18.1 **Liste di attesa: un problema ritenuto prioritario da diversi paesi OCSE**



Fonte: adattamento da OECD (2020)

dei Paesi dell'Unione Europea, con pochissime eccezioni. È interessante notare all'interno dello stesso report come vari Paesi prevedano meccanismi affinché i pazienti possano esercitare il diritto all'erogazione di prestazioni entro tempistiche massime fissate per legge, ma spesso nei fatti questo non risulti possibile: in Svezia il 25% dei pazienti deve aspettare almeno 90 giorni per prestazioni specialistiche; in Portogallo il 28% degli appuntamenti vengono fissati oltre il massimo tempo d'attesa previsto dalla normativa; in Irlanda il 10% dei pazienti ha dovuto attendere più di un anno per accedere a prestazioni ambulatoriali; in Germania sono stati creati dei centri *ad hoc* per la prenotazione delle prestazioni nei limiti prescritti dalla legge, ma nei fatti in molti casi questo servizio non era disponibile.

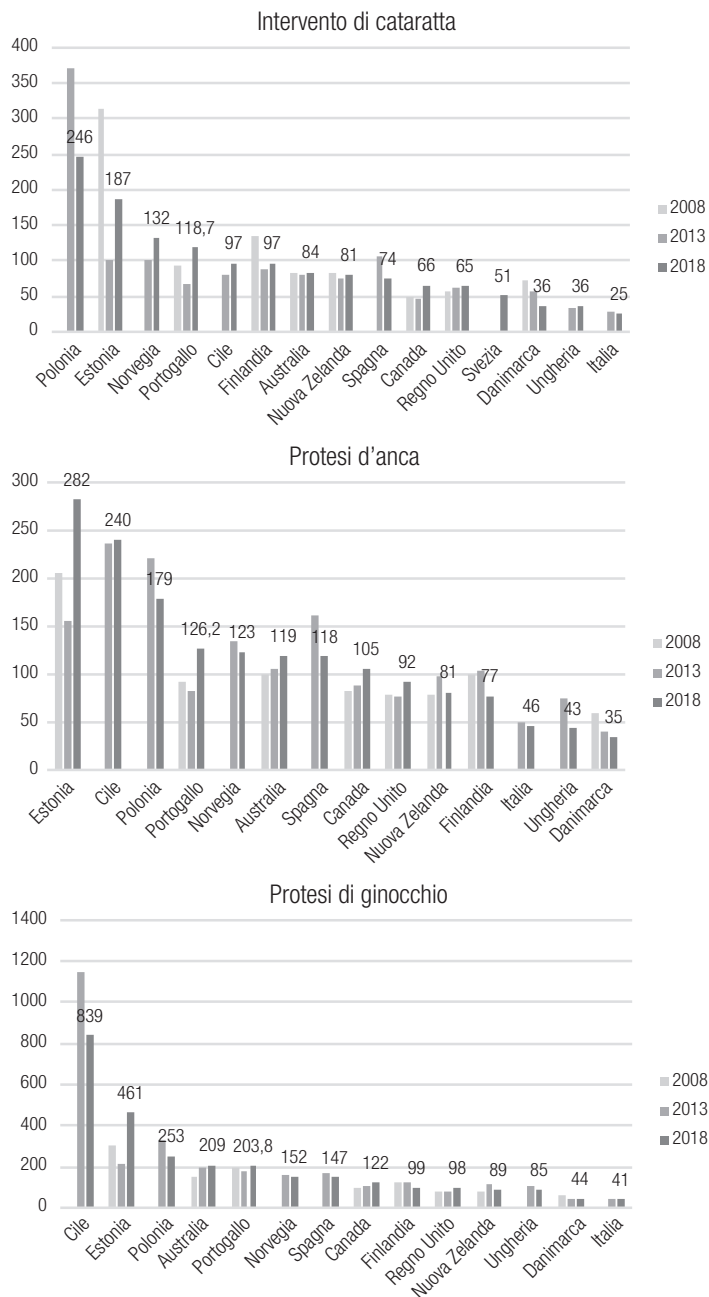
Passando agli ambiti in cui il tema delle liste d'attesa rappresenta una problematica per i sistemi sanitari dei paesi OCSE, una survey condotta nel 2019² indicava come nella maggior parte delle nazioni le liste d'attesa riguardassero in particolare (in ordine di rilevanza) gli interventi chirurgici in elezione, le prestazioni specialistiche e la diagnostica.

Se si volesse provare a dare una quantificazione del fenomeno nei diversi contesti, anche ai fini di comparazione, è bene specificare che le difficoltà di confronto sono notevoli e difficilmente superabili a causa delle diverse metodologie e definizioni che ciascun Paese adotta. Tuttavia, è possibile fare alcune considerazioni su tipologie di prestazioni per le quali i dati sono rilevati in modo omogeneo a livello internazionale (e che fanno riferimento alle prestazioni finanziate da risorse pubbliche, a prescindere dalla natura dell'erogatore): intervento di cataratta, intervento di protesi d'anca, intervento di protesi al ginocchio, isterectomia, prostatectomia, bypass coronarico e angioplastica coronarica. Per tutte queste tipologie d'intervento, l'Italia presenta tempi d'attesa inferiori alla maggior parte dei Paesi OCSE, come mostrato nei grafici (Figura 18.2) e nella successiva tabella (Tabella 18.1). Le motivazioni che spiegano questi differenziali potrebbero essere molteplici (caratteristiche del sistema di offerta, disponibilità e gestione dei fattori produttivi, livelli di domanda di servizi sanitari, ecc.); all'interno del report OCSE si cita solamente che alcuni Paesi (tra cui l'Italia) sono riusciti a mantenere limitati i tempi di attesa nonostante la riduzione di risorse a disposizione, mentre altri (come Danimarca e Ungheria) sono riusciti a ridurre l'attesa grazie ad azioni di policy specifiche (2020).

Si tratta tuttavia di dati che si riferiscono primariamente all'attività chirurgica elettiva, mentre non sono disponibili dati comparativi che permettano di fare valutazioni sulla dimensione del fenomeno per le prestazioni ambulatoriali o per altre tipologie di servizi (visite specialistiche, cure primarie, salute mentale, ecc.).

² Sempre contenuta all'interno di OECD Health Policy Studies (2020). Waiting times for health services. Next in line. 28 may 2020

Figura 18.2 **Tempi di attesa (in giorni) tra visita specialistica e relativa prestazione chirurgica (valori mediani), Paesi OCSE (ordinati secondo valori dell'anno 2018)**



Fonte: elaborazione su dati OECD

Tabella 18.1 **Tempi di attesa (in giorni) per alcune prestazioni chirurgiche in elezione (valori mediani), Paesi OCSE (2018)**

	Mediane dei tempi di attesa per accedere ad alcune prestazioni chirurgiche in elezione (in giorni)						
	Intervento di cataratta	Protesi d'anca	Protesi al ginocchio	Isterectomia	Prostatectomia	Bypass coronarico	Angioplastica coronarica
Australia	84	119	209	61	44	17	–
Canada	66	105	122	–	40	6	–
Cile	97	240	839	57	69	26	–
Danimarca	36	35	44	23	36	10	15
Estonia	187	282	461	–	–	–	–
Finlandia	97	77	99	55	39	15	23
Ungheria	36	43	85	–	10	22	–
Israele	77	56	85	31	36	5	–
Italia	24	50	42	33	36	9	11
Nuova Zelanda	82	81	89	80	66	62	38
Norvegia	132	123	152	118	105	62	43
Polonia	246	179	253	–	–	–	27
Portogallo	119	126	204	77	81	5	–
Spagna	74	118	147	55	75	37	35
Svezia	51	75	90	32	45	7	–
Regno Unito	65	92	98	54	35	55	39
Paesi OCSE (media)	92	113	189	56	51	24	29

Fonte: adattamento da OECD (2020)

Può essere utile approfondire alcuni dati forniti da sistemi sanitari di altri Paesi, come l'NHS del Regno Unito. Il King's Fund ha stimato a fine 2020³ che oltre ai 162.000 pazienti in attesa di riprogrammare le visite per le quali sono in attesa, ci sono stati più di 4 milioni di *referral* in meno rispetto al 2019 per le prestazioni ospedaliere. Ne consegue una difficoltà nello stimare quale quota di queste persone nei prossimi mesi avrà necessità di cure urgenti o visite di routine. Per quanto riguarda le visite specialistiche si stimava a giugno 2020 un calo del 50% (nel periodo successivo al primo *lockdown* nel Regno Unito)⁴. Nel luglio 2020, la British Medical Association (BMA)⁵ stimava in Inghilterra per il periodo compreso tra aprile e giugno 2020:

³ <https://www.kingsfund.org.uk/press/press-releases/impact-covid-19-waiting-times-nhs-patients>

⁴ Source: The strategy Unit. Changes in outpatient activity since the covid19 lockdown. (June 2020). Available at: <<https://www.strategyunitwm.nhs.uk/sites/default/files/2020-07/Changes%20in%20outpatient%20activity%20since%20covid%20lockdown%20-%20week%2021%20-%2020200630.pdf>>

⁵ Source: BMA. The hidden impact of COVID-19 on patient care in the NHS in England (july 2020). Available at: <https://www.bma.org.uk/media/2841/the-hidden-impact-of-covid_web-pdf.pdf>

- ▶ tra gli 1,32 e 1,5 milioni in meno di prestazioni in elezione;
- ▶ tra i 2,47 e i 2,6 milioni in meno di prestazioni ambulatoriali;
- ▶ tra le 274.000 e le 286.000 visite oncologiche urgenti in meno;
- ▶ tra i 20.800 e i 25.900 pazienti in meno che iniziano la terapia oncologica (dove prevista).

Sebbene le stime non dicano quale sia la pressione che queste mancate prestazioni genereranno sui servizi sanitari nei mesi successivi, i numeri pongono l'attenzione sulla necessità di immaginare strategie per far fronte a un aumento importante della domanda di prestazioni, dove la domanda «fisiologica» andrà a sommarsi a tutte le persone che, per diversi motivi o impedimenti, hanno rinviato le cure necessarie. Il Regno Unito rappresenta solo uno dei tanti esempi della dinamica che si sta riscontrando in molti Paesi europei ed extra-europei, dove i dati sono comunque sempre scarsi e frammentati.

Da queste prime e limitate evidenze è possibile quindi concludere che adottando una prospettiva internazionale:

- ▶ il fenomeno delle liste d'attesa non riguarda solo l'Italia;
- ▶ l'Italia si posiziona come un Paese che su specifici interventi chirurgici mappati ha tempi di attesa contenuti rispetto ad altri Paesi;
- ▶ ci sono tuttavia troppe poche informazioni che non consentono di dare una valutazione complessiva sulle liste d'attesa nel nostro sistema sanitario, data la rilevanza delle altre tipologie di prestazioni non tracciate dai report disponibili.

18.2.2 Il fenomeno delle liste d'attesa in Italia

In Italia non esiste un sistema centralizzato di raccolta sistematica e pubblicazione (sul sito del Ministero della Salute o grazie al lavoro dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste d'Attesa) dell'andamento, in tutte le Regioni italiane, delle prestazioni sanitarie (salvo alcune prestazioni ospedaliere chirurgiche riportate nel Rapporto SDO e già citate nel Capitolo 2) e, in particolare, di quelle ambulatoriali. Il sistema produce oggi una frammentazione informativa poiché l'onere di pubblicare e rendere consultabili i dati sulle liste d'attesa è lasciato alle Regioni. Da questo punto di vista, un recente rapporto della Fondazione GIMBE evidenziava un miglioramento nel livello di *accountability* registrato tra 2018 e 2019, quando un numero maggiore di Regioni avevano ormai organizzato sui propri siti web istituzionali un sistema di rendicontazione pubblica. 8 Regioni e una Provincia Autonoma avevano portali web interattivi dedicati alla gestione dei tempi di attesa e accessibili pubblicamente senza autenticazione dell'utente, dove però solo tre di questi portali (Emilia-Romagna, Toscana e Lazio) permettevano di conoscere l'andamento delle diverse Regioni sul ri-

spetto dei tempi massimi di attesa, mentre i restanti 6 portali (Provincia Autonoma di Bolzano, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta) consentivano di conoscere, per ciascuna prestazione, la prima disponibilità, oltre che i tempi di attesa nelle varie strutture eroganti (senza però rendere visibile la performance regionale).

Altre sette Regioni (Abruzzo, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Veneto) e una Provincia Autonoma (Trento) consentono poi di consultare solamente l'archivio storico; tre (Campania, Sicilia e Umbria) presentavano semplicemente i link ai siti delle aziende sanitarie e una (Calabria) non presentava alcuna rendicontazione.

Sempre dallo stesso Report di Fondazione GIMBE è possibile apprendere la disponibilità di dati sui siti delle aziende sanitarie: «46 aziende sanitarie (17%) non permettono di consultare i tempi di attesa delle prestazioni erogate, mentre 223 (83%) li rendono disponibili: di queste, 174 (65%) sul proprio sito web e 49 (18%) rimandando a quello della Regione».

Gli ultimi dati disponibili relativi ai tempi di attesa per le prestazioni dei diversi SSR sono stati raccolti nel 2017 da CREA Sanità con riferimento a quattro SSR: Lombardia, Veneto, Lazio e Campania (per un totale di 356 aziende sanitarie, di cui 167 pubbliche e 189 private). I numeri riportati nella Tabella 18.2 approfondiscono le differenze tra i tempi di attesa per alcune tipologie di visite, prestazioni di diagnostica e interventi chirurgici, distinguendo inoltre in base al regime di finanziamento del servizio e alla natura giuridica dell'erogatore (in regime SSN presso una struttura di natura pubblica, in regime privato

Tabella 18.2 **Tempi di attesa in giorni (media nazionale) per alcune prestazioni, per regime di finanziamento e natura giuridica dell'erogatore**

	Regime di finanziamento pubblico (SSN), struttura pubblica	Regime di finanziamento privato (L.P. intramoenia), struttura pubblica	Regime di finanziamento pubblico (convenzione SSN), struttura privata convenzionata	Regime di finanziamento privato (solvente), struttura privata
Visita oculistica	88,3	6,7	52,2	6,3
Visita ortopedica	55,6	6,1	27,0	6,0
RX articolare	22,6	4,4	8,6	3,3
Spirometria	43,9	4,6	12,8	5,2
Ecocardiografia	70,3	5,2	22,6	5,9
Ecodoppler venoso arti inferiori	73,9	5,1	19,2	6,0
Ecografia tiroide	57,6	4,9	15,5	5,5
Colonscopia	96,2	6,7	46,5	10,2
Gastroscopia	88,9	6,3	42,3	10,2
Elettromiografia	62,2	5,0	20,9	6,2
Coronarografia	47,0	9,0	90,0	13,0

Fonte: adattamento da Indagine CREA Sanità 2017, CENSIS vari anni

di libera professione intramoenia presso una struttura pubblica, in regime SSN presso una struttura di natura privata, ma accreditata con il SSN e in regime privato solvente presso una struttura privata).

Emergevano dalla ricerca alcuni punti di criticità. Primo, i valori medi dei tempi di attesa per prestazioni erogate in regime SSN nelle strutture pubbliche sono i più elevati. Secondo, il tempo medio d'attesa in questi casi per tutte le prestazioni oggetto di rilevazione (ad eccezione di rx articolare) era superiore ai 30 giorni (l'indagine prende in considerazione i tempi per prestazioni senza esplicita indicazione di urgenza e quindi differibili – classe D – per i quali la normativa fissa in 30 giorni il limite di attesa nei casi di visite e in 60 giorni il limite per gli accertamenti diagnostici; per le prestazioni programmabili – classe P – tale limite arriva a 120 giorni). Terzo, tali valori, soprattutto per alcune visite (ad esempio, visita oculistica) risultavano in aumento rispetto a precedenti rilevazioni effettuate da CENSIS nel 2014 e 2015. Quarto, seppur in media più contenuti, anche i tempi di attesa in regime privato hanno registrato in quegli anni un lieve aumento (Tabella 18.3).

Passando alla prospettiva della domanda di servizi sanitari in tempo di pandemia, AGENAS (insieme a Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) ha pubblicato alcuni dati utili all'interno del Portale Covid-19⁶, sotto la voce «Resilienza». Tra i dati disponibili, vi è un approfondimento anche relativo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (escluse analisi di laboratorio), evidenziandone la variazione percentuale nei primi tre mesi del 2020 in confronto al primo

Tabella 18.3 **Andamento dei tempi di attesa in giorni (media nazionale) per alcune prestazioni, per regime di finanziamento e natura giuridica dell'erogatore, anni 2014, 2015, 2017**

	Regime di finanziamento pubblico (SSN), struttura pubblica			Regime di finanziamento privato (L.P. intramoenia), struttura pubblica		
	2014	2015	2017	2014	2015	2017
Visita oculistica	61,3	62,8	88,3	4,7	5,0	6,7
Visita ortopedica	36,4	42,6	55,6	5,3	6,2	6,1
Colonscopia	69,1	78,8	96,2	5,9	6,8	6,7

	Regime di finanziamento pubblico (convenzione SSN), struttura privata convenzionata			Regime di finanziamento privato (solvente), struttura privata		
	2014	2015	2017	2014	2015	2017
Visita oculistica	40,5	40,2	52,2	7,4	7,3	6,3
Visita ortopedica	27,1	27,1	27,0	5,7	6,5	6,0
Colonscopia	73,8	69,1	46,5	10,8	8,8	10,2

Fonte: adattamento da Indagine CREA Sanità 2017, CENSIS vari anni

⁶ <https://www.agenas.gov.it/covid19>

trimestre del 2019. In generale, AGENAS riporta una riduzione del 30% delle prestazioni ambulatoriali nel primo trimestre 2020 se confrontato con lo stesso periodo del 2019, 2018 e 2017. Dal quadro rappresentato è possibile notare: i) come vi sia stata una riduzione percentuale in tutte le Regioni, con differenze però marcate tra i diversi contesti (la percentuale di riduzione maggiore si è avuta in Basilicata con il -67,75% e quella minore in Campania con il -14,26%); ii) non vi è una correlazione tra una maggiore incidenza del Covid-19 e una maggiore riduzione dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale nei diversi contesti regionali.

Anche per quanto riguarda i ricoveri, analizzando i volumi presenti nelle SDO nel primo semestre 2020 e confrontandolo con l'anno precedente, si è registrata in Italia in media una riduzione del 28,3% delle prestazioni (con ai due estremi il -49,2% in Molise e il -19,8% del Lazio). Approfondendo gli indicatori di sistema è possibile, inoltre, notare come la riduzione si distribuisca tra le diverse tipologie di ricovero (periodo marzo-giugno 2020 vs marzo-giugno 2019):

- ▶ -23,85% sul volume dei ricoveri urgenti;
- ▶ -49,86 sul volume dei ricoveri ordinari programmati;
- ▶ -60,06 sul volume dei ricoveri in DH;
- ▶ -53,52% sul volume per ricoveri chirurgici programmati.

All'interno di questo quadro più ampio, emerge come si siano registrati cali dei volumi su due aree oggetto di attenzione e monitoraggio: l'area oncologica e l'ambito cardio circolatorio. Per quanto riguarda l'area oncologica, considerando gli interventi chirurgici in classe di priorità A per diverse tipologie di tumore, si sono registrate variazioni comprese tra il -13,84% (tumore all'utero) e il -32,64% (tumore al colon). In ambito cardio circolatorio, la riduzione più contenuta si è osservata per i ricoveri per ictus ischemico (-23,08%), mentre quella più elevata per gli interventi di Bypass aortocoronarico (-43,62%).

Sulla base dei dati presentati dalla Corte dei Conti⁷, relativi ai ricoveri per l'intero 2020, è possibile notare come vi sia stato in parte un recupero delle prestazioni mancate: confrontando il 2020 con i dati 2019 emerge complessivamente una riduzione del 17% dei ricoveri. All'interno dello stesso rapporto della Corte dei Conti, è possibile approfondire anche l'andamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il 2020: in questo caso la riduzione è di oltre 144,5 milioni di prestazioni. La riduzione ha riguardato per le strutture pubbliche soprattutto gli esami di laboratorio (il 67 per cento delle prestazioni), mentre quelle per visite e diagnostica rappresentano rispettivamente il 12,5 e il 13 per cento. Nel caso delle strutture private si registra soprattutto un'importante incidenza della riduzione dell'attività di riabilitazione.

⁷ <https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>

Le statistiche fin qui presentate e commentate, per quanto non sempre complete e organiche, sono un utile punto di partenza per riflettere su come le aziende sanitarie e i SSR si stanno o si dovranno organizzare per la gestione nei mesi a venire del probabile incremento della domanda di prestazioni. I dati disponibili, tuttavia, offrono una rappresentazione limitata dei fenomeni oggetto di studio poiché:

- ▶ sono ancora riferiti al solo 2020 e non considerano gli effetti di un'ulteriore riduzione dei volumi che potrebbe essere avvenuta nei primi mesi del 2021, in corrispondenza della cosiddetta «seconda ondata» del Covid-19;
- ▶ sono riferiti per lo più alla domanda di prestazioni, che è solo una delle determinanti del fenomeno liste d'attesa e non è l'unica che ne influenza la loro gestione;
- ▶ si concentrano solamente su alcune tipologie di prestazioni.

18.3 Le liste di attesa nella letteratura internazionale

Il tema delle liste di attesa è spesso trattato come un tema di policy per le forti implicazioni sull'equità di accesso alle cure. In realtà è interessante notare come le liste di attesa e i sistemi di prenotazione di prestazioni sanitarie siano oggetto di studio di diverse discipline e oggi sempre più una priorità del management.

Il tema delle liste di attesa si configura, infatti, come un problema di sistema e multi-livello, che, come tale, richiede competenze multidisciplinari e strategie a diversi livelli istituzionali, dall'azienda sanitaria alle autorità locali, regionali e nazionali. In questa prospettiva, il modello di sintesi proposto dalla revisione sistematica di Pomey (2013) appare particolarmente utile per cogliere la multidisciplinarietà della «lotta ai tempi di attesa», ben adattabile al contesto multi-livello italiano (Figura 18.3).

Secondo questo modello, vi sono alcuni fattori che promuovono l'implementazione e la tenuta di efficaci sistemi di gestione e controllo delle liste di attesa, ma solo se agiti in parallelo a livello aziendale e di contesto, regionale e nazionale. Tra questi fattori di spinta, viene sottolineata l'importanza dei modelli di governance e in particolare della coordinazione tra diversi attori e organizzazioni; degli stili di leadership, intesi come l'approccio secondo cui sono gestite le soluzioni promosse; della cultura e della predisposizione alla standardizzazione e al cambiamento, come pure della disponibilità di risorse, umane, materiali e immateriali e di strumenti tecnologici e gestionali. Adottare una prospettiva multi-livello nell'analisi delle liste di attesa aiuta, ad esempio, a comprendere come la leadership aziendale senza strutture di controllo e monitoraggio a livello sovra-aziendale, non sia di per sé sufficiente ad introdurre e mantenere nel tempo un sistema efficace di gestione e rendicontazione delle

Figura 18.3 **Il governo delle liste di attesa come questione multi-livello nel framework proposto da Pomey et al. (2013)**



Fonte: Pomey, M.P. et al. (2013)

liste di attesa; viceversa modelli di monitoraggio regionale puntuali e dinamici difficilmente potranno produrre dei miglioramenti nella gestione delle liste di attesa in assenza di un’iniziativa aziendale.

Nella prospettiva aziendale, ricercatori e studiosi di operations management cercano poi di ottimizzare i processi sanitari per limitare l’attesa; studiosi di organizzazione aziendale indagano i processi e le performance individuali e di gruppo per rilevare possibili inefficienze; esperti di informatica e ICT cercano di sviluppare e programmare delle interfacce di intermediazione della domanda e dell’offerta più efficaci, o ancora di digitalizzare parte dei percorsi di cura per renderli più snelli e veloci. La letteratura internazionale offre quindi spunti molto interessanti sia per la ricerca sia per il management sanitario, incoraggiando approcci multidisciplinari nell’analisi del fenomeno.

Una quota preponderante degli studi sul tema si focalizza sulle prestazioni in elezione, in particolare chirurgia e trapianto, o su disparità razziali, territoriali e di genere nell’accesso alle cure (es. Willcox *et al.*, 2017; Martin *et al.*, 2003). Solo recentemente sembra essere aumentata l’attenzione scientifica per le liste di attesa di prestazioni ambulatoriali, forse per la rilevanza crescente di questo fenomeno. L’invecchiamento della popolazione, l’incidenza crescente delle patologie croniche, una maggior capacità diagnostica e la disponibilità di cure che non richiedono o posticipano l’ospedalizzazione sono i principali fattori che spiegano un aumento della domanda di prestazioni ambulatoriali, che a fronte di una capacità d’offerta invariata producono un allungamento delle liste di attesa in tutti i Paesi (cfr. Siciliani, 2013).

Sebbene l'attesa rappresenti quindi una conseguenza naturale delle dinamiche di domanda e offerta, gli studi suggeriscono alcune leve manageriali e strumenti per intercettare opportunità di miglioramento e maggior integrazione tra setting di cura al fine di eliminare l'attesa «evitabile». Greenwood-Lee e colleghi (2018), ad esempio, hanno evidenziato quattro tipologie di carenze nell'interfaccia tra cure primarie e cure specialistiche, relative a: i) le decisioni cliniche; ii) la gestione delle informazioni; iii) la gestione dei flussi di pazienti a cavallo tra cure primarie e cure specialistiche; iv) la qualità dei sistemi e dei processi di monitoraggio. Per ognuna di queste carenze sono state poi proposte delle strategie di intervento mirate a: i) prevenire errori o approcci clinici non condivisi, ii) promuovere la digitalizzazione dei dati sanitari; iii) guidare la ristrutturazione dei meccanismi di invio, dei ruoli e dei percorsi dei pazienti; iv) introdurre programmi di *continuous quality improvement*.

A livello internazionale sembra esserci un trend di centralizzazione nella gestione delle agende e delle prenotazioni (Breton *et al.*, 2020), con l'emergere di centri di prenotazione unici o federati, sempre più digitalizzati per facilitare *l'open access* e il *direct booking*. La scelta del paziente diventa quindi centrale, sia nella scelta del luogo di trattamento sia della calendarizzazione: interessante da questo punto di vista è l'esperienza inglese del «Choose and Book» avviata nel 2004 per permettere al paziente, al termine di una visita specialista, dal GP o in ospedale, di prenotare contestualmente o on-line la prestazione successiva, scegliendo luogo, data, orario. L'evidenza circa i risultati raggiunti dall'iniziativa non è ancora chiara (Dusheiko e Gravelle, 2017; Green e colleghi, 2008; Rashid e colleghi, 2007), ma il sistema è stato poi sostituito nel 2015 dall'e-referral dell'NHS che grazie al numero di *referral* e a un codice di accesso permette ai pazienti di prenotare on line scegliendo tra una rosa di alternative, presso strutture pubbliche o private accreditate.

Oggi, strumenti tecnologici a supporto di modelli gestionali efficaci certo non mancano. Gli studi a disposizione confermano infatti l'impiego e l'utilità di sistemi informativi integrati tra cure primarie e specialistiche, l'aumento di sistemi di prenotazione elettronici che integrano piattaforme di prenotazione, app e sistemi di supporto alle decisioni per pazienti e clinici, come di semplici strumenti per far fronte ai *no-shows* (utenti prenotati che non si presentano all'appuntamento) (Brennen *et al.*, 2018; Cusini *et al.*, 2008). Tra questi ultimi, recall, sms automatici, la possibilità di fare overbooking per coprire preventivamente possibili disdette, il blocco delle doppie prenotazioni o forme di disincentivo economico, quali l'addebito al paziente dell'intero costo della prestazione (cfr. Ballini *et al.*, 2015; Naiker *et al.*, 2018), iniziano ad essere piuttosto diffusi.

In molti Paesi sono inoltre presenti sistemi di gestione attiva e dinamica delle code, con la possibilità di condurre delle simulazioni e riprogrammare in tempo reale le prestazioni in caso di disdette o emergenze che allungano

le liste (cfr. De Belvis *et al.*, 2013). Si diffondono i sistemi di prioritizzazione degli accessi per segmentare la domanda (come nel modello RAO – Raggruppamenti di Attesa Omogenei – italiano), vengono assegnati dei tempi massimi (target) di attesa per classi di prestazioni e aree specialistiche, e si conferma l'importanza e l'utilità di sistemi di mappatura, analisi e redesign dei processi (es. Johannessen e Alexandersen, 2018) con numerosi riferimenti al *lean management* (D'Andreamatteo e colleghi, 2015). La sequenza proposta dall'analisi per processi è validata da tempo (cfr. Nicolai *et al.*, 1997; Lega, 2001; Tozzi, 2004) e prevede di mappare, misurare, identificare elementi di variabilità e colli di bottiglia, per proporre sequenze di azioni più efficienti.

In sintesi, si riconosce che l'attesa dipende da uno squilibrio naturale tra domanda e offerta e rappresenta essa stessa uno strumento di governo della domanda e riduzione dell'inappropriatezza. Tuttavia, parte di questo squilibrio spesso dipende da altri fattori. La letteratura conferma che le liste di attesa in sanità sono un tema rilevante a livello internazionale e che richiede diverse prospettive di analisi, competenze e strategie d'intervento multi-livello. Gli strumenti, tecnologici e manageriali, certamente non mancano, ma non sono la panacea per efficientare i processi, facilitare l'accesso e l'appropriatezza delle cure. Pertanto, qualunque sia la strategia di contenimento e controllo delle liste di attesa, questa richiede tipicamente un coordinamento più efficace ed efficiente tra attori a diversi livelli e un ripensamento dei modelli organizzativi e dell'organizzazione del lavoro, con una costante sensibilizzazione degli utenti. Il capitolo intende contribuire alla letteratura sulla gestione dell'attesa per prestazioni ambulatoriali, identificando, in linea con lo schema di Pomey (2013) descritto all'inizio del paragrafo, le azioni promosse a livello di policy e le strategie di intervento adottate dalle aziende sanitarie italiane, nel panorama di influenze nazionali e regionali.

18.4 Il quadro delle indicazioni a livello nazionale

Come richiamato nei paragrafi precedenti, la questione dei tempi e delle liste di attesa è stata oggetto di interventi in molti Paesi che hanno messo in campo misure differenti, talvolta supportate da risorse stanziare *ad hoc*.

Gli interventi e le politiche finalizzate a contenere i tempi di attesa attivati a livello internazionale tendono a ricadere in due macro-categorie: quelli che insistono sul fronte della domanda, al fine di contenerla o governarla meglio e quelli che lavorano sul fronte dell'offerta, potenziandone la capacità di risposta ai bisogni. Altri ancora intervengono contestualmente su entrambi i fronti. Inoltre, come evidenziato da OCSE (2020), una delle politiche più diffuse e utilizzate, in particolare in ambito ambulatoriale, è la definizione di standard massimi relativi ai tempi di attesa. Questo tipo di intervento, seppure con mo-

dalità, sotto-obiettivi e implicazioni diverse⁸, è ad oggi adottato da moltissimi sistemi sanitari e il nostro SSN non fa eccezione.

A livello nazionale, sono diversi gli interventi normativi emanati nel corso degli ultimi 25 anni al fine di disciplinare le cosiddette liste di attesa per accedere alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, tra cui i seguenti:

- ▶ Legge 23 dicembre 1994, n. 724, articolo 3, comma 8
- ▶ Legge 23 dicembre 2005, n. 266, articolo 1, comma 282
- ▶ Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008
- ▶ Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012
- ▶ Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 (che va a sostituire il precedente PNGLA 2010-2012)
- ▶ Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)
- ▶ Decreto ministeriale 20 giugno 2019 con cui è istituito l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa

Il principale strumento normativo al momento in vigore è il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, il c.d. PNGLA, risultato dall'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, che va a sostituire e aggiornare il precedente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012. Dal PNGLA sono poi scaturiti (entro 60 giorni circa) i Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa, con cui le Regioni e le Province Autonome hanno dovuto recepire i dettami e le indicazioni del Piano Nazionale, declinandoli secondo le proprie caratteristiche ed esigenze specifiche. Sempre secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale, quanto contenuto da tali Piani Regionali è stato poi ripreso e ulteriormente adattato dai Piani Attuativi Aziendali che le Aziende Sanitarie sono state chiamate a elaborare.

Nella Tabella 18.4 sono richiamate le principali misure di governo e contenimento dei tempi e delle liste di attesa contenute dal Piano Nazionale (PNGLA) 2019-2021 che potrebbero essere ricondotte ad alcune macro-aree di lavoro. In particolare, analizzando natura e finalità delle indicazioni contenute nel PNGLA, il gruppo di ricerca ha indentificato 8 macro-aree di lavoro che si potrebbero definire come: «criteri di prescrizione», il «governo della mancata disdetta», la «pianificazione della produzione», «potenziamento della capaci-

⁸ A titolo di esempio, i tempi massimi di attesa stabiliti possono essere intesi come un target che gli erogatori sono tenuti a rispettare, un elemento di ulteriore garanzia d'accesso per l'utente (che, in caso di superamento dello standard, può avere il diritto di rivolgersi a un altro *provider*) oppure possono essere direttamente collegati ad azioni e interventi specifici. Ne deriva che anche il modo con cui è utilizzato questo intervento nei vari contesti può variare, implicando l'adozione di altre misure. (OECD, 2020)

Tabella 18.4 Le principali misure contenute nel PNGLA 2019-2021 (focus ambulatoriale)

Area di lavoro	Misure contenute nel PNGLA
Criteri di prescrizione	Impiego dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei-RAO" per la prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale. Obbligo di indicare nella prescrizione: il quesito diagnostico; se si tratta di primo accesso o follow up; classe di priorità per il primo accesso. Il primo accesso si declina in: primo accesso; prestazione di approfondimento se fatta da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un cronico può essere un approfondimento a fronte di un peggioramento del quadro clinico.
Classi di priorità	<ul style="list-style-type: none"> • Urgente: entro 72 ore. • Breve: entro 10 giorni. • Differibile: entro 30 g.g per visite, 60 g.g. per accertamenti diagnostici. • Programmata: entro 120 giorni (180 giorni sino al 31 dicembre 2019).
Visibilità delle agende	Gestione trasparente e totale visibilità (da parte dei s.i. aziendali e regionali) delle agende di prenotazione: delle strutture pubbliche; delle strutture private accreditate; per l'attività istituzionale; per la libera professione intramuraria. Per le attività legate alla presa in carico e follow up vengono istituite apposite agende dedicate alle prestazioni successive al primo accesso. Possibilità di: intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione; registrare la scelta dell'utente e distinguerla dalla reale capacità di offerta.
Governo della mancata disdetta	Potenziamento dei servizi telefonici e telematici di recall, modifica e disdetta della prenotazione (sms, web, e-mail).
Informazione e prenotazione	Sviluppo CUP ONLINE aggiornato in tempo reale che permetta di consultare in tempo reale l'attesa per le prestazioni in ciascuna classe di priorità; annullare le prenotazioni; pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito; visualizzare gli appuntamenti prenotati; ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo. Prenotazione delle prestazioni di controllo da parte del professionista che ha preso in carico il paziente, senza ulteriore consultazione del MMG/PLS. Prenotazione disponibile anche presso le farmacie comunali.
Pianificazione della produzione	Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e separazione dei canali di accesso per le stesse ("primo accesso" e "accesso successivo"). Definizione del piano delle prestazioni erogabili che contenga l'elenco e i volumi di prestazioni ambulatoriali programmati in risposta ai fabbisogni previsti.
Potenziamento della capacità produttiva	Eventuale acquisto delle prestazioni aggiuntive in regime ALPI, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'azienda. La definizione e applicazione di "percorsi di tutela" i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura per effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato. L'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. La possibilità di garantire l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.
Gestione per pacchetti e percorsi	Promozione di day service e altri percorsi trasversali all'azienda per garantire continuità assistenziale.
Monitoraggio	OGGETTO: N. 69 prestazioni di specialistica ambulatoriale N. 17 prestazioni di ricovero ordinario e day hospital: classe di priorità tipologia di accesso; garanzia dei tempi; data di prenotazione; data di erogazione; codice della struttura erogante;

Tabella 18.4 (segue)

Area di lavoro	Misure contenute nel PNGLA
Monitoraggio	METODO: <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio ex ante ed ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale; • Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale; • Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione; • Monitoraggio PDTA in ambito cardiovascolare e oncologico; • Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI; • Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa; • Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le agende nel sistema CUP.

tà produttiva», «gestione per pacchetti e percorsi», la «visibilità delle agende», «informazione e prenotazione» e infine il «monitoraggio».

Nel suo complesso, il Piano punta a garantire un certo grado di uniformità a livello di sistema nazionale circa l'impostazione delle strategie di governo delle liste di attesa, consegnando un'ampia gamma di aree di intervento e strumenti d'azione che possano tuttavia essere adattati alle peculiarità dei diversi contesti regionali e aziendali.

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 riconferma alcune aree di intervento già indicate dal PNGLA precedente (2010-2012), le integra e approfondisce tramite l'aggiunta di nuovi elementi; infine non manca di introdurre anche nuove aree di lavoro. Tra gli elementi di integrazione e approfondimento figurano l'inserimento di un'ulteriore classe di priorità, la P (Programmata), per prestazioni la cui erogazione deve essere garantita entro 120 giorni, la quale va ad aggiungersi alle già presenti classi U (urgente), B (breve) e D (differibile); le prestazioni oggetto di monitoraggio per quanto concerne il rispetto dei relativi tempi massimi di attesa passano rispettivamente da 43 a 69, per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, e da 15 a 17 per l'area *inpatient* (prestazioni di ricovero ordinario e day hospital). Inoltre, ulteriori elementi legati alla prestazione divengono oggetto di monitoraggio (oltre alla classe di priorità, la tipologia di accesso e il rispetto dei tempi massimi di attesa), quali la data di prenotazione, quella di erogazione e il codice identificativo della struttura che eroga la prestazione in questione.

Tra i cantieri di lavoro istituiti *ex novo* dal PNGLA 2019-2021 invece figurano il tema della gestione dei cosiddetti *no-show* (in altre parole, delle prestazioni prenotate ma non fruiti) per mezzo di solleciti (tramite chiamata, sms o e-mail), l'istituzione delle prestazioni di controllo, cioè successive a un primo accesso e che in occasione di questo siano prenotate direttamente dallo specialista erogante e, infine, l'apertura all'erogazione delle prestazioni di diagnostica (spesso molto richieste) in fasce orarie ulteriori rispetto a quelle già previste.

Ancora maggiore attenzione è posta dal legislatore sull'obiettivo dell'appro-

priatezza prescrittiva e sul tema della raccolta sistematica e confronto dei dati, in quanto una delle macro-aree di lavoro maggiormente dettagliate e ampliate (rispetto al precedente PNGLA 2010-2012) è proprio quella del monitoraggio.

Se nel precedente PNGLA tra le aree di lavoro figurava lo sviluppo del Centro Unico di Prenotazione (CUP), nel nuovo Piano si prosegue in questa direzione ampliando e dettagliando maggiormente le funzioni minime del CUP online, così come si ribadisce l'importanza dell'appropriatezza prescrittiva (tema non nuovo) richiamando però all'applicazione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)⁹.

È possibile cogliere inoltre una particolare attenzione al momento dell'accesso e all'interfaccia tra l'ente erogatore e l'utente-paziente: è posta enfasi sulla «multi-canalità» nell'accesso a servizi e prestazioni erogate dal SSN (numero telefonico, sportello CUP, farmacie...), vengono indicati strumenti potenzialmente utili per la gestione di ciò che avviene (o non avviene) tra il momento della prenotazione e quello dell'erogazione della prestazione e, più in generale, sono poste le basi per uno sviluppo più avanzato, tecnologico del sistema CUP (quasi in chiave gestionale).

In questa direzione va inoltre anche il finanziamento previsto dalla Legge di Bilancio 2019 (350 milioni di euro) e dal D.L. 119/2018, convertito dalla Legge 136/2018 (50 milioni di euro) stanziato *ad hoc* per sostenere il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e digitale dei Centri Unici di Prenotazione, con il fine ultimo di ridurre i tempi di attesa per accedere alle prestazioni SSN. Anche il ruolo centrale attribuito al sistema CUP è dunque evidente: è inteso come lo strumento centrale di raccordo e a supporto (in modo più o meno diretto) delle varie traiettorie di intervento individuate dai *policy-maker*.

Circa un anno dopo la pubblicazione del PNGLA 2019-2021 e il recepimento dello stesso da parte di Regioni e Province Autonome, lo scoppio dell'emergenza sanitaria da Covid-19 ha determinato la necessità di ulteriori interventi normativi che, andando a integrare quanto già stabilito, permettessero a Regioni, P.A. e dunque alle aziende sanitarie di attingere a risorse aggiuntive per fare fronte alla sospensione e rimodulazione dell'offerta sanitaria verificatasi nella primavera 2020, contenendo al contempo tempi e liste di attesa:

⁹ Il modello dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) raccoglie le prestazioni di specialistica ambulatoriale in categorie, formate sulla base dei tempi di attesa ad esse assegnati; i contenuti clinici e i relativi tempi massimi di attesa di tali categorie sono decisi per mezzo di accordi tra i rappresentanti dei medici delle cure primarie e degli specialisti (conclusi a livello regionale e aziendale). L'utilizzo del modello RAO prevede che anche gli specialisti chiamati ad erogare le prestazioni possano attribuire i livelli di priorità e che venga inoltre controllato il grado di accordo tra prescrittori (tendenzialmente MMG e PLS) e specialisti che erogano le prestazioni in questione, in merito alle classi di priorità assegnate a ciascun caso. (Allegato D. «Glossario in materia di liste di attesa». Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, 2019-2021.)

- ▶ Legge 24 aprile 2020, n. 27
- ▶ Legge 13 ottobre 2020, n. 126, art. 29

In particolare, con la Legge 24 aprile 2020, con cui viene convertito in legge il Decreto-Legge 17 marzo 2020 n. 18, è sancita la possibilità per le aziende sanitarie del SSN di reclutare personale aggiuntivo, al fine di garantire l'erogazione dei LEA e il potenziamento dei posti letto necessari al trattamento dei pazienti affetti da Covid-19. In particolare, è resa possibile l'assunzione con contratti a tempo determinato di personale delle professioni sanitarie, operatori socio-sanitari, medici e veterinari (eventualmente anche in pensione), medici specializzandi iscritti all'ultimo o penultimo anno del corso di specializzazione, laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali. Di fatto questo intervento permette di potenziare la capacità produttiva aziendale, avvalendosi di ulteriori unità di personale, andando in deroga rispetto ai vincoli di spesa per personale in vigore¹⁰. Inoltre, questo intervento dà la possibilità alle aziende sanitarie di incrementare il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna tramite ore aggiuntive.

In coerenza con questa potenziale espansione delle risorse a disposizione di Aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale per fare fronte alle esigenze straordinarie causate dall'emergenza sanitaria, la Legge 24 aprile 2020, n.27 definisce inoltre un aumento del finanziamento del SSN pari a 1.410 milioni di euro per l'anno 2020, di cui 750 da ripartire tra le Regioni e Province Autonome.

A ciò si aggiunge quanto contenuto dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 26, che converte in legge il c.d. «Decreto Agosto»¹¹; in particolare, all'articolo 29 intitolato «*Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa*» si afferma che le Aziende sanitarie del SSN possano avvalersi di «strumenti straordinari» per fare fronte alla domanda di prestazioni ambulatoriali, di ricovero e screening, contenendone contestualmente le relative liste di attesa. In particolare, tra questi «strumenti straordinari» figurano:

- ▶ il ricorso a prestazioni aggiuntive erogate da medici, veterinari e da personale delle professioni sanitarie dipendenti del SSN (con un incremento rispetto ai livelli retributivi correnti);
- ▶ reclutamento di personale aggiuntivo a tempo determinato o con contratti di lavoro flessibile;

¹⁰ In coerenza con la possibilità di assumere nuove unità di personale è previsto anche che Regioni e Province Autonome provvedano a rideterminare i piani di fabbisogno del personale.

¹¹ Decreto Legge 104 del 14 agosto 2020, n.126

- incremento del monte ore relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna tramite ore di lavoro aggiuntive.

Per l'attuazione delle misure sopracitate la Legge mette inoltre a disposizione un totale di 478.218.772 euro per l'anno 2020¹²; l'accesso a queste risorse da parte di Regioni e Province Autonome è tuttavia subordinato alla presentazione al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze di un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa (che provveda a specificare modelli organizzativi prescelti, tempistiche previste e destinazione delle risorse).

18.5 Governo delle liste e contenimento dei tempi di attesa in Italia durante e dopo la crisi Covid-19: il punto di vista delle direzioni sanitarie del SSN

Il presente paragrafo si propone di approfondire le questioni esplorate nei paragrafi precedenti attraverso uno studio empirico che analizza il punto di vista delle direzioni sanitarie del SSN. Nonostante sia più di vent'anni che le istituzioni a livello centrale emanino indicazioni sul governo delle liste di attesa e si moltiplichino gli sforzi per monitorare il dato sui tempi in modo coordinato, mancava ancora all'appello un'indagine che rilevasse il punto di vista del management in Italia rispetto alle aree prioritarie di lavoro e le leve principali messe effettivamente in campo. L'indagine che segue vuole innanzitutto colmare questo gap. Inoltre, l'emergenza Covid-19 potrebbe aver accelerato alcuni cantieri di lavoro (ad esempio, digitalizzazione dei processi di prenotazione, sinergie ospedale-territorio) e allo stesso tempo arrestati degli altri. Il secondo obiettivo dell'indagine è pertanto quello di rappresentare lo stato dell'arte della «lotta al contenimento dei tempi d'attesa» nell'ambito ambulatoriale alla luce dell'impatto di questo fenomeno «dirompente».

Il disegno di questa parte dello studio si configura come una rilevazione diretta mediante questionari (survey), tramite la quale i ricercatori reperiscono le informazioni direttamente presso le unità che costituiscono il suo campo d'osservazione (Fattore, 2005). Nelle domande utilizzate per analizzare il grado di accordo-disaccordo, è stata utilizzata una scala likert da 1 a 7 che, rispetto alla scala 1-5, permette di cogliere maggiore variabilità. La costruzione della survey si avvale del lavoro *desk* fatto per i paragrafi precedenti ed è stata sottoposta mediante questionario elettronico a tutti i soggetti che nelle singole

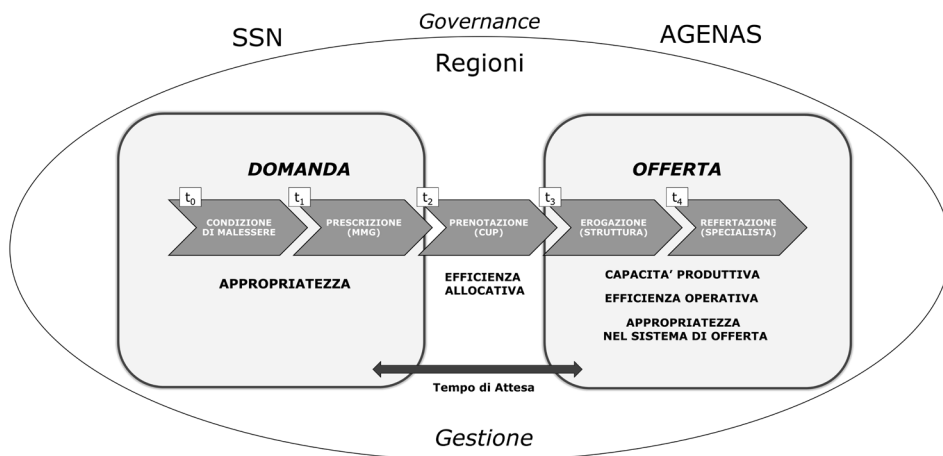
¹² Con il successivo DL 25 maggio 2021 n. 73 (poi convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021 n. 106) è stata estesa la possibilità di impiegare gli strumenti straordinari e quante di queste risorse non siano state utilizzate nel corso del 2020 anche all'anno 2021.

aziende sanitarie ricoprono il ruolo di direttore sanitario. Il questionario è stato sottoposto nel mese di giugno 2021. Dopo le prime domande sull'anagrafica del rispondente (azienda, tipologia di azienda, regione di appartenenza) il questionario si compone di 3 parti, corrispondenti al periodo pre-pandemico (5 domande), al periodo centrale dell'emergenza (5 domande), e un'ultima parte di scenario futuro (5 domande).

Per ciascuna fase sono state analizzate le aree più critiche per il governo delle liste e contenimento dei tempi di attesa e i cantieri di lavoro prima, durante e dopo l'emergenza. Per agilità del questionario e priorità di interesse, le domande sulle azioni intraprese hanno un maggior livello di dettaglio quando sono focalizzate sul presente e futuro. Rispetto poi agli scenari futuri, si è inoltre chiesto quali saranno, nella percezione dei DS, le traiettorie della domanda di prestazioni ambulatoriali e se e come cambieranno le modalità di prenotazione delle prestazioni. Due variabili in rapido cambiamento che potrebbero avere un impatto sulla gestione delle liste di attesa e l'efficientamento dei processi. Successivamente alla somministrazione del questionario, è stato svolto un workshop con l'intento di testare, validare e integrare i risultati quantitativi con le Direzioni Sanitarie e i loro staff; al workshop, svoltosi il 15 luglio, hanno partecipato 10 aziende rispondenti al questionario.

Come osservato nei paragrafi precedenti, i tempi di attesa sono un tema decisamente complesso perché coinvolge vari livelli di governance e management, scaturisce da una molteplicità di determinanti e non si risolve con qualche azione mirata. Prima di entrare nel merito dell'indagine, è utile quindi soffermarsi un momento sulle chiavi di lettura utilizzate per analizzare il contesto in modo sistemico. Prendendo spunto da quanto scaturisce dalla letteratura e dalle indicazioni ministeriali, la Figura 18.4 sistematizza e illustra le variabili critiche da presidiare nella gestione delle liste di attesa, gli attori coinvolti e i livelli di governance interessati, attraverso le lenti del processo di fruizione della prestazione da parte dell'utente nel contesto italiano. Le dimensioni critiche da presidiare sono in realtà associabili alle possibili determinanti dei tempi di attesa. La prima «causa» naturale è il disallineamento tra domanda e offerta, che porterebbe a razionare e/o razionalizzare le richieste di prestazioni. L'ipotesi più o meno implicita nel dibattito è che vi sia una sovra-richiiesta di prestazioni (inappropriatezza della domanda) e allo stesso tempo una sotto-dotazione di risorse produttive (inadeguatezza dell'offerta); la riduzione della domanda inappropriata, da una parte, e l'aumento degli organici, dall'altra, sono tra le azioni più comunemente richiamate nei dibattiti pubblici. A monte, viene quindi spesso richiamata la necessità di ridurre le prescrizioni inappropriate perché non necessarie o troppo «ricche» (esami superflui, risonanze al posto di ecografie, ecc.). Tuttavia, Longo e Zazzera (2018) mostrano, ad esempio, che, pur tenendo conto solo della domanda strutturale, vi sia comunque un gap tra bisogni di cure primarie e offerta, difficilmente colmabile con un

Figura 18.4 **Attori e dimensioni critiche per il governo dei tempi di attesa in Italia**



Fonte: Academy SDA Bocconi-Novartis su letteratura internazionale e documenti istituzionali del Ministero della Salute

incremento dell'offerta; da qui la necessità di fissare delle priorità nel governo della domanda.

I paesi nordici come Svezia e Norvegia, che investono molte più risorse pubbliche in sanità di quanto non faccia l'Italia, rappresentano una chiara evidenza di come una dotazione maggiore di risorse e di capacità produttiva non elimini il problema dei tempi e delle liste di attesa. Vi può essere certamente un effetto di offerta che crea la domanda, ma anche una questione di efficienza allocativa ed efficienza operativa. Rispetto al primo aspetto, basti pensare al problema per cui i CUP spesso non «vedono» l'offerta realmente disponibile su un determinato territorio perché non sono ancora integrati oppure non ricevono le informazioni da parte delle aziende. Alcune volte le informazioni arrivano in maniera diversificata (agende aperte a tre mesi, sei mesi, un anno). Inoltre, si trovano a gestire importanti quantità di preferenze nella scelta del medico o della struttura, diventando, nei fatti, degli snodi critici nei percorsi degli utenti. Tutto questo genera delle «frizioni» nell'incontro tra domanda e offerta, con un impatto su tempi e liste di attesa. Vi è poi la dimensione dell'efficienza operativa, ossia di come le aziende organizzano i propri processi interni, progettano la logistica del paziente e programmano le attività.

L'esplorazione che segue tiene quindi conto di questa «mappa geografica» delle dimensioni critiche da presidiare nel governo dei tempi di attesa dell'attività ambulatoriale.

18.5.1 Il campione

Alla survey hanno risposto 51 aziende, che rappresentano circa il 27% delle 191 aziende sanitarie a cui è stato inviato il questionario. Si tratta di un numero che potrebbe essere considerato sufficiente per avere un quadro rappresentativo della compagine nazionale, ma contiene uno squilibrio interno. Le risposte sono infatti concentrate in alcune aree del paese. Nello specifico, vi è un tasso di risposta intorno al 35% nel Nord e al Centro, mentre è del 13% nel cluster Sud e Isole (Tabella 18.5).

Tabella 18.5 **La distribuzione del campione per area geografica**

Area geografica	Numero risposte	Tasso di risposta (%) per zona
Nord Italia	32	33%
Centro	11	35%
Sud e Isole	8	13%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

Interpretazioni e indicazioni desunte dalle risposte medie e mediane dovranno essere quindi utilizzate con cautela e non generalizzate; a volte saranno approfonditi e confrontati direttamente i cluster regionali, quando ritenuti una variabile determinante nel leggere i fenomeni.

Bisogna comunque osservare che la variabile che risulta discriminante nella lettura dei dati che verranno illustrati non è tanto il contesto regionale di riferimento quanto, piuttosto, la natura delle aziende.

In questa prospettiva, alla survey ha risposto il 20% o più delle aziende per ciascuna categoria, con un tasso più elevato per le ATS e le aziende sanitarie territoriali (AUSL, ASL, ASP, ecc.) che per loro natura prestano particolare attenzione alle prestazioni ambulatoriali, anche in virtù della loro mission di governo della domanda (Tabella 18.6). Inoltre, osservando le risposte fornite nel corso della rilevazione emerge come le ATS abbiano un comportamento di risposta maggiormente allineato a quello esibito da AUSL, ASL, ASP ecc.

Tabella 18.6 **La distribuzione del campione per tipologia di azienda**

Tipologia Azienda	Numero risposte	Tasso di risposta (%) per tipologia
ATS	3	38%
Aziende Sanitarie Territoriali	24	27%
ASST	9	33%
AO, AOU	11	20%
IRCCS	4	20%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

mentre le ASST sembrano comportarsi tendenzialmente in modo analogo alle AO e AOU. Nel prosieguo della trattazione, pertanto denoteremo il primo cluster con «AT» (aziende territoriali) e il secondo come «AO» (aziende ospedaliere o a trazione ospedaliera).

Gli IRCCS sono a loro volta un cluster a parte e, data la scarsa numerosità del gruppo in termini assoluti, saranno commentati solo nel testo per non generare sovra-informazione nelle tabelle e figure di sintesi dei risultati.

18.5.2 Prima della pandemia. Perché il governo delle liste di attesa era una priorità strategica, quali erano le aree più critiche in termini di tipologia di prestazioni e specialità

Secondo le Direzioni Sanitarie, il tema del governo delle liste e del contenimento dei tempi di attesa per l'attività ambulatoriale nella loro azienda assumeva una rilevanza strategica già prima dell'avvento dell'emergenza Covid-19 (Tabella 18.7). La risposta è in parte prevedibile dal momento che si tratta di realtà aziendali che hanno mostrato interesse per l'argomento anche solo per aver risposto al questionario.

Tabella 18.7 **Rilevanza del tema delle liste e dei tempi di attesa e relative motivazioni: punteggi medi (punteggi espressi su una scala likert da 1 a 7, dove 1 sta per «non rilevante» e 7 per «molto rilevante»)**

	Rilevanza strategica del tema pre-Covid-19	Per quali motivazioni?		
		Le liste di attesa erano lunghe	Era tra gli obiettivi delle direzioni strategiche	È un tema normato dal PNGLA
Media	6,2	4,5	6,1	6,1
Dev. standard	0,9	1,6	1,2	1,3

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

Entrando nel merito delle motivazioni alla base della rilevanza strategica, quasi tutti i rispondenti hanno risposto che il carattere di rilevanza era legato a questioni di mandato «istituzionale»: il governo delle liste di attesa figura tra gli obiettivi delle direzioni strategiche ed è inoltre un tema normato, nello specifico dal PNGLA. Meno convergente il dato sul fatto che le liste di attesa assumessero effettivamente dimensioni problematiche. La media delle risposte si attesta in questo caso intorno al 4.5 su una scala da 1 a 7. Bisogna però tener conto di uno scarto quadratico medio alto, condizionato da poche risposte in contro-tendenza: in particolare due aziende sanitarie territoriali dell'Emilia-Romagna e un IRCCS Veneto risultano *outlier* avendo attribuito il punteggio di 1 a questo item. È per tanto possibile ipotizzare che queste

realtà, che si inseriscono in contesti notoriamente al lavoro sul tema da tempo, abbiano già tratto dei risultati in termini di contenimento delle liste e dei tempi di attesa.

Tra le motivazioni, ne spiccano anche alcune segnalate nella voce «altro» e che attengono all'«immagine» aziendale e alla strategicità in termini di impatto sul percorso degli utenti, in quanto le prestazioni ambulatoriali ne rappresentano la porta di accesso e tempi di attesa lunghi ne differiscono la presa in carico.

Ma quali erano le aree più critiche in termini di specialità e prestazioni? Come rappresentato nella Tabella 18.8, più del 70% del cluster denominato AT segnala le prime visite e le prestazioni di diagnostica c.d. pesante (es. TAC, RMN) come quelle più critiche dal punto di vista del governo delle liste di attesa e contenimento dei tempi di attesa. Meno indicata è stata invece la diagnostica c.d. leggera (es. ecografia), segnalata nel 44% dei casi. Il dato per il cluster delle AO è distribuito in maniera più omogenea; sia le prime visite, sia le prestazioni di diagnostica leggera, sia quelle di diagnostica pesante sono segnalate come bisognose di particolari attenzioni da oltre il 50% delle aziende presenti nel cluster. Risulta meno critica l'area delle visite di controllo per entrambi i cluster.

Tabella 18.8 **Tipologie di prestazioni da presidiare per contenerne le liste e tempi di attesa, pre-Covid-19**

Aree da presidiare: tipologie di prestazioni	% estensione sul campione AT (27)	% estensione sul campione AO (20)
Prime visite	74%	53%
Prestazioni di diagnostica c.d. pesante	70%	63%
Prestazioni di diagnostica c.d. leggera	44%	58%
Visite di controllo	15%	21%
Non sono in grado di rispondere...	7%	11%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

C'è una convergenza tra i due cluster nel definire le specialità che necessitano di maggiore attenzione (Tabella 18.9). Oculistica e cardiologia emergono come due specialità particolarmente «critiche» in quanto la prima è stata indicata come tale dal 78% delle AT e dal 47% delle AO e, la seconda, dal 63% delle AT e dal 68% delle AO. A seguire troviamo Pneumologia, Gastroenterologia, Ortopedia e Dermatologia, citate da almeno il 30% delle AT o delle AO. Si tratta naturalmente di specialità e di prestazioni molto differenti e che alla base possono avere diverse ragioni di criticità. L'oculistica è infatti un settore in cui da tempo, per le sue caratteristiche legate all'alta «standardizzabilità», è stato fatto molto lavoro in termini di aumento della produttività nelle aziende; lavoro che evidentemente non è bastato forse proprio per l'ancora elevato nu-

Tabella 18.9 **Specialità mediche da presidiare per contenerne liste e tempi di attesa, pre-Covid-19 (prime 5 per categorie per estensione della risposta)**

Aree da presidiare: specialità	% estensione sul campione AT (27)	Aree da presidiare: specialità	% estensione sul campione AO (20)
Oculistica	78%	Cardiologia	68%
Cardiologia	63%	Gastroenterologia	53%
Gastroenterologia	44%	Oculistica	47%
Pneumologia	41%	Pneumologia	37%
Ortopedia	33%	Dermatologia	32%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

mero di richieste¹³, l'effetto SID (offerta che genera la domanda) o problemi di carenza nella capacità produttiva. Diverso è il caso della cardiologia dove, invece, la questione della carenza nella capacità produttiva si intreccia con quella della complessità dei percorsi assistenziali in cui sono inseriti i pazienti (spesso co-morbidi) e dei pacchetti di prestazioni.

Approfondite le specialità e tipologie di prestazioni che necessitavano di maggiore attenzione, è stato chiesto alle Direzioni Sanitarie di indicare quali fossero le principali aree di intervento in tema di governo delle liste e contenimento dei tempi di attesa attive presso l'azienda prima dell'avvento dell'emergenza sanitaria¹⁴.

Nel complesso, per tenere sotto controllo il fenomeno, le aziende sembrano aver tenuto in mente tutte le determinanti e sfere di lavoro (Tabella 18.10). Dal contenimento della domanda inappropriata alla razionalizzazione dell'offerta, passando per il potenziamento del CUP, l'aumento della capacità produttiva e della produttività. La razionalizzazione dell'offerta (tra ospedale e territorio) è l'area di lavoro su cui si è puntato maggiormente e in egual misura tra AT e AO. Nella voce «altro» è infatti spesso ribadito come si sia lavorato sulla presa in carico del paziente lungo i vari setting di cura anche attraverso lo strumento della programmazione diretta della presa in carico.

L'area di lavoro su cui c'è minore allineamento è, invece, quella legata al contenimento della domanda inappropriata, che presenta il coefficiente di dispersione più elevato tra quelli delle varie risposte per entrambi i gruppi di aziende. Per quanto riguarda il cluster AT il punteggio medio attribuito a quest'area di

¹³ Si segnala inoltre che, sulla scia dell'ultimo Patto per la Salute, questa branca ha subito una significativa ricollocazione dal regime ospedaliero al regime ambulatoriale per quanto concerne le piccole prestazioni chirurgiche.

¹⁴ La domanda del questionario chiedeva di indicare il grado di attivazione delle leve su una scala da 1 a 7, dove 1 sta per «area di intervento non attivata» e 7 sta per «area di intervento attiva e molto rilevante». Le leve proposte sono riportate in tabella 18.9.

Tabella 18.10 **Aree di lavoro attivate per governare le liste e contenere i tempi di attesa, pre-Covid-19 (punteggi espressi su una scala da 1 a 7, dove 1 sta per «area di intervento non attivata» e 7 sta per «area di intervento attiva e molto rilevante»)**

CLUSTER AT (27)	Contenimento domanda inappropriata	Potenziamento e snellimento prenotazione e disdetta	Aumento visibilità e apertura agende a CUP	Aumento produttività aziendale	Aumento capacità produttiva	Razionalizzazione dell'offerta
Media	4,8	4,8	5,5	5,2	5,0	5,6
Coeff. di var.	34%	32%	25%	27%	24%	25%
CLUSTER AO (20)						
Media	3,9	4,8	5,2	5,5	5,1	5,7
Coeff. Di var.	49%	26%	19%	27%	26%	19%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

intervento e il relativo coefficiente di variazione si discostano dagli altri item in modo contenuto, mentre il cluster AO pare avere un'opinione significativamente diversa in merito e rispetto alle altre aree di lavoro (minore rilevanza e minore attivazione). Si potrebbe dunque immaginare che, sebbene la gestione della domanda inappropriata (citata spesso ai primi posti nella lotta al contenimento delle liste di attesa) fosse senz'altro una questione importante, spesso rimaneva evidentemente un ambito particolarmente complesso e dispendioso da affrontare all'atto pratico, soprattutto, come immaginabile, per le aziende ospedaliere.

In controtendenza invece risultano essere gli IRCCS che hanno partecipato alla rilevazione, che hanno attribuito i punteggi più alti (con una media di 6) proprio al contenimento della domanda inappropriata e all'aumento della capacità produttiva, seguite a poca distanza dall'aumento della produttività; sono invece ritenute significativamente meno rilevanti le aree di lavoro connesse al CUP e al momento dell'accesso e la razionalizzazione dell'offerta (con punteggi medi intorno al 3).

18.5.3 Durante la Pandemia: aree di impatto e leve di gestione

Rivolgendo in seguito l'attenzione al biennio 2020-2021, periodo interessato dall'emergenza sanitaria, abbiamo in primis voluto verificare se e come siano cambiate le aree maggiormente «critiche» (intese sia come categorie di prestazioni sia come specialità) dal punto di vista del contenimento dei relativi tempi di attesa per accedervi. Per entrambi i cluster considerati le prime visite rimangono la categoria più citata, a cui dedicare particolare attenzione per contenerne i tempi di attesa (Tabella 18.11): nel biennio 2020-2021 sono citate

Tabella 18.11 Tipologie di prestazioni da presidiare per contenerne le liste e i tempi di attesa, biennio 2020-2021

Aree da presidiare: tipologie di prestazioni	CLUSTER AT (27)		CLUSTER AO (20)	
	% estensione sul campione pre-Covid-19	% estensione sul campione 2020-2021	% estensione sul campione pre-Covid-19	% estensione sul campione 2020-2021
Prime visite	74%	85%	53%	89%
Prestazioni di diagnostica c.d. pesante	70%	63%	63%	84%
Prestazioni di diagnostica c.d. leggera	44%	67%	58%	68%
Visite di controllo	15%	41%	21%	68%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

dall'85% delle aziende del cluster AT (fino al 2019 la prevalenza era del 74%) e dall'89% delle aziende presenti nel cluster AO (precedentemente, «solo» dal 53%). Appare dunque chiaro che se quello dell'accesso alle prime visite viene riconfermato come un oggetto prioritario da presidiare e considerato tale dalla quasi totalità del campione considerato, ora anche le visite di controllo sono entrate a fare parte di quelle prestazioni che necessitano di attenzioni e sforzi ad hoc da parte delle aziende, affinché ne sia garantito l'accesso entro i tempi massimi di attesa. Anche la diagnostica c.d. leggera fa un balzo in avanti in entrambi i gruppi; rimane, invece differenziata la risposta sulla diagnostica c.d. pesante, particolarmente critica per le AO (con una prevalenza dell'84%).

Rispetto alle specialità mediche considerate potenzialmente più problematiche in termini di garanzia dell'accesso entro i tempi, si ritrovano tendenzialmente le medesime branche già segnalate per il periodo antecedente l'emergenza, con alcune variazioni. Le principali differenze, apprezzabili nella Tabella 18.12 per quanto riguarda il cluster AT, sono riscontrabili in due casi principalmente: in primo luogo, nella quota di aziende che segnala la pneumologia,

Tabella 18.12 Tipologie di specialità mediche da presidiare per contenerne le liste e i tempi di attesa, cluster AT, biennio 2020-2021 (prime cinque categorie per estensione nella risposta)

CLUSTER AT (27)			
Aree da presidiare: Specialità pre-Covid	% estensione sul campione pre-Covid	Aree da presidiare: Specialità 2020-2021	% estensione sul campione 2020-2021
Oculistica	78%	Pneumologia	78%
Cardiologia	63%	Cardiologia	63%
Gastroenterologia	44%	Gastroenterologia	52%
Pneumologia	41%	Oculistica	52%
Ortopedia	33%	Neurologia	41%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

che passa dal 41% al 78%, portandola ad essere la prima branca specialistica da presidiare, e nella quota di segnalazioni per l'oculistica che invece sembra essere percepita come meno problematica in questo periodo (passa dal 78% di citazioni al 52%).

Prendendo in considerazione, invece, il cluster AO e le opinioni espresse dai DS di queste aziende in merito alle specialità mediche con i tempi di attesa potenzialmente più problematici è interessante notare come, a un primo sguardo, possa sembrare che diverse branche citate per l'anno 2019 siano state segnalate da una quota minore di aziende (con alcune eccezioni, ad esempio l'oculistica); tuttavia, quasi la metà delle realtà incluse in questo cluster indica che «tutte» le branche necessitano ora di particolari attenzioni per evitare un eccessivo allungamento dei relativi tempi di attesa¹⁵ (Tabella 18.13). È naturalmente un cambiamento significativo e allarmante, risultato dell'emergenza Covid-19, e che sembra interessare in particolar modo le aziende ospedaliere e le ASST, in quanto solo il 19% del cluster AT ha indicato questa risposta.

Tabella 18.13 **Tipologie di prestazioni da presidiare per contenerne le liste e i tempi di attesa, cluster AO, biennio 2020-2021**

CLUSTER AO (20)			
Aree da presidiare: Specialità pre-Covid	% estensione sul campione pre-Covid	Aree da presidiare: Specialità 2020-2021	% estensione sul campione 2020-2021
Cardiologia	68%	Oculistica	47%
Gastroenterologia	53%	Tutte	47%
Oculistica	47%	Pneumologia	42%
Pneumologia	37%	Cardiologia	42%
Dermatologia	32%	Dermatologia	32%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

Rispetto a questo quadro critico, è stato chiesto alle Direzioni Sanitarie di indicare quali azioni e leve gestionali siano state attivate presso le proprie realtà per affrontare il problema dell'attesa per accedere alle prestazioni. A partire da una rosa di 22 leve e azioni proposte, che in parte espandono quanto già disponibile pre-emergenza (ad esempio, il potenziamento del CUP) e in parte derivano dalle possibilità ampliate dagli interventi normativi di questo periodo (ad esempio, le assunzioni), le aziende hanno mostrato alcuni punti di grande convergenza e altri su cui sono emerse visioni differenti. Si tratta, naturalmente, di interventi mirati al recupero dell'attività ambulatoriale in generale, oltre

¹⁵ Per il periodo precedente all'emergenza Covid-19 solo un'azienda per ciascun cluster (corrispondente al 4% e al 5% rispettivamente del cluster AT e AO) aveva segnalato di ritenere «critiche» tutte le specialità.

che al governo delle liste e al contenimento dei tempi di attesa. Una sintesi degli interventi attivati nel biennio 2020-2021, ordinati per punteggio medio e suddivisi per macro cluster (AT e AO) è riportata nella Tabella 18.14.

In entrambi i cluster troviamo alle primissime posizioni la dematerializzazione delle prescrizioni, l'acquisto di prestazioni aggiuntive dai propri professionisti e l'implementazione della telemedicina. Queste tre leve operative si ritrovano proprio nelle prime 5 posizioni nelle classifiche di entrambi i cluster considerati, ma è possibile notare qualche lieve, ma comunque interessante, differenza nella «compattezza» con cui le aziende appartenenti a ciascun cluster hanno attribuito questi punteggi (alti) alle leve in questione. In particolare, il tema della dematerializzazione delle prescrizioni è molto sentito e in modo abbastanza uniforme all'interno del cluster AT (con una deviazione standard inferiore a 1) mentre presenta una deviazione standard decisamente più alta nel caso del cluster AO, il che ci dice che il punteggio attribuito è stato meno unanime all'interno del gruppo e caratterizzato da maggiore variabilità. Un discorso analogo, ma opposto, si può fare per l'implementazione della telemedicina, su cui sembrano puntare moltissimo le aziende del cluster AO: non è dunque un caso che la si trovi alla prima posizione della relativa classifica e, dalla deviazione standard, sembra emergere che AO, AOU e ASST abbiano votato in modo particolarmente compatto; il punteggio attribuito alla stessa leva dal cluster AT, che è comunque molto alto, è probabilmente il frutto di minore uniformità e accordo, come testimonia la deviazione standard più elevata.

Oltre a questi tre pilastri di intervento, in merito alle strategie attivate per governare le liste e contenere i tempi di attesa in questo periodo, si trovano poi alcuni elementi su cui i due gruppi di aziende divergono, con posizioni e percezioni evidentemente differenti.

C'è un primo gruppo di differenze che ha proprio a che fare con il diverso raggio di azione e tipologia di aziende. A questo proposito, è ovvio che AO e AOU in particolare non abbiano indicato come leva promettente il migliore e maggiore ricorso al privato accreditato (acquisto di attività aggiuntiva o integrazione delle rispettive agende a CUP). Così come vi sono alcune leve rivolte ai processi che superano i confini fisici delle aziende, come l'estensione dei canali di prenotazione (e quindi l'apertura alla possibilità di prenotare le prestazioni anche online, via CUP web, app, in farmacia o altro), su cui le aziende territoriali hanno ritenuto importante continuare a investire durante l'emergenza (3° posto della relativa classifica), ma non risultano un'area di intervento considerata prioritaria per il cluster AO (13° posto).

Prendendo poi in considerazione le prime 11 leve in ordine di punteggio medio attribuito (e dunque di importanza), si può apprezzare come i due cluster abbiano dato vita a un mix di leve che si connotano in modo un po' diverso. Provando infatti a ricondurre le diverse leve proposte a tre macro-categorie di finalità (in Appendice), quali il governo della domanda, il potenziamento

Tabella 18.14 Leve operative e aree di lavoro attivate per governare e contenere liste e tempi di attesa nel biennio 2020-2021, cluster a confronto. Media e deviazione standard di punteggi espressi su una scala da 1 a 7, dove 1 sta per «leva non attivata» e 7 sta per «leva attivata con intensità molto significativa»

CLUSTER AT (27)			CLUSTER AO (20)		
Leve e aree di lavoro attivate 2020-2021	Media	Deviazione standard	Leve e aree di lavoro attivate 2020-2021	Media	Deviazione standard
Dematerializzazione prescrizioni	6,2	0,9	Implementazione telemedicina	5,4	1,2
Acquisto prestazioni aggiuntive da propri professionisti	5,9	1,5	Acquisto prestazioni aggiuntive da propri professionisti	5,2	1,7
Estensione canali di prenotazione	5,6	1,3	Dematerializzazione prescrizioni	5,1	1,9
Potenziamento gestione delle disdette e dei no-show	5,5	1,3	Integrazione Sistemi CUP a livello sovra-aziendale	5,1	2,0
Implementazione telemedicina	5,3	1,8	Ampliamento visibilità agende a CUP	4,8	1,6
Ampliamento visibilità agende a CUP	5,3	1,3	Presse in carico diretta dello specialista	4,7	1,6
Integrazione Sistemi CUP a livello sovra-aziendale	5,2	2,1	Potenziamento gestione delle disdette e dei no-show	4,7	1,7
Ampliamento visibilità agende privato accreditato	5,1	1,4	Semplificazione e/o efficientamento processi e logistica	4,6	1,3
Apertura straordinaria ambulatori	5,0	1,8	Revisione e standardizzazione visite a CUP	4,6	1,7
Presse in carico diretta dello specialista	5,0	1,3	Aumento slot per attività ambulatoriale	4,5	1,6
Revisione e standardizzazione visite a CUP	5,0	1,6	Implementazione teleconsulti MMG – specialista	4,5	1,9
Acquisto attività aggiuntiva da privati accreditati	4,8	2,0	Apertura straordinaria ambulatori	4,3	1,9
Maggiore sfruttamento ambulatori territoriali	4,6	1,9	Estensione canali di prenotazione	4,2	2,0
Implementazione teleconsulti MMG – specialista	4,4	2,0	Contenimento domanda inappropriata	4,2	1,6
Contenimento domanda inappropriata	4,4	1,6	Assunzioni a tempo determinato	3,8	1,9
Semplificazione e/o efficientamento processi e logistica	4,4	1,9	Acquisto apparecchiature	3,5	1,4
Assunzioni a tempo determinato	4,0	1,8	Assunzioni a tempo indeterminato	3,4	1,9
Aumento slot per attività ambulatoriale	3,9	2,2	Implementazione day service	3,2	1,7
Assunzioni a tempo indeterminato	3,3	1,8	Maggiore sfruttamento ambulatori territoriali	3,0	2,3
Potenziamento intramoenia	3,1	1,8	Potenziamento intramoenia	2,2	1,2
Acquisto apparecchiature	2,9	1,8	Ampliamento visibilità agende privato accreditato	1,6	1,0
Implementazione day service	2,9	1,6	Acquisto attività aggiuntiva da privati accreditato	1,5	1,2

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

dell'offerta e della capacità produttiva e, infine, il potenziamento del sistema CUP (l'interfaccia tra l'utente-paziente e l'azienda erogante) ed esaminando i mix di leve contenuti nelle prime 11 posizioni è interessante notare alcune differenze. Il cluster AT sembra tendere a una maggiore concentrazione sul potenziamento del CUP mentre il cluster AO presenta un focus maggiormente spostato sul potenziamento dell'offerta e della capacità produttiva. Entrambi i gruppi includono tra le proprie leve prioritarie sia elementi che attengono al governo della domanda, sia interventi che mirano al rafforzamento della capacità di offerta sia leve che rimandano al potenziamento del Centro Unico di Prenotazione, tuttavia le quote di leve attribuibili alle tre macro categorie sono differenti, il che fa sì che una delle macro-categorie (o finalità) sopra-riportate riceva un'attenzione particolare.

Osservando invece quelle leve su cui si è puntato meno in questo periodo, troviamo dei punti di contatto: per esempio, si è attivato molto di rado il potenziamento della libera professione intramoenia e si è puntato poco, seppur con posizioni differenti nelle relative classifiche, anche sui teleconsulti tra MMG e specialisti (mentre, come anticipato, la telemedicina, intesa come collegamento tra paziente e specialista è considerata una leva prioritaria); infine, fino ad ora, nel biennio 2020-2021, è stata evidentemente attribuita poca importanza al governo della domanda inappropriata.

Risulta anche qui interessante osservare che leve abbiano maggiormente votato gli IRCCS presenti nel campione: questo ristretto gruppo di aziende condivide con i cluster AT e AO l'investimento sulla telemedicina e sulla dematerializzazione delle ricette (con un punteggio medio di 5.5) e si distingue invece nel considerare molto rilevanti nel biennio 2020-2021 il contenimento della domanda inappropriata (con un punteggio medio di 5.25) e l'implementazione dei teleconsulti tra MMG e specialisti, aree che invece appaiono relativamente meno considerate dai due cluster principali.

Ad ogni modo, viste le varie preferenze in merito alle leve e agli interventi attivabili, sorge spontanea una domanda: questi mix si sono rivelati efficaci? Le Aziende sono riuscite, almeno in parte, a fare fronte alle nuove esigenze derivanti dall'emergenza sanitaria e a contenere i tempi di attesa? Una sintesi delle opinioni dei DS delle aziende appartenenti ai due cluster è contenuta nella Tabella 18.15.

L'opinione più diffusa in generale è che le leve messe in campo siano state almeno in parte efficaci o che il sistema sia stato agevolato da una contestuale riduzione della domanda. Tra le aziende territoriali e le ATS vi è la convinzione che le misure attivate per contenere le liste di attesa in questo periodo siano state efficaci ma solo in parte (il 41% delle aziende del cluster AT ha fornito questa risposta), mentre la risposta che ha raccolto il maggiore consenso presso il cluster AO, seppure positiva nell'affermare l'efficacia delle misure messe in atto, segnala come al risultato abbia contribuito anche la riduzione delle richie-

Tabella 18.15 **Giudizi sull'efficacia dei mix di leve e aree di lavoro messi in campo nel biennio 2020-2021, cluster a confronto**

Giudizio di efficacia	CLUSTER AT (27)	CLUSTER AO (20)
	% estensione sul campione	% estensione sul campione
Si, ma bisogna considerare che si è verificata una contemporanea riduzione della domanda (prescrizioni e/o prenotazioni)	19%	37%
Si, in parte	41%	32%
Si	7%	5%
No, sarebbero serviti anche altri interventi	4%	5%
No, perché la sua natura fortemente dinamica e mutevole (es. frequente aggiornamento delle restrizioni) rende la situazione molto difficile da gestire	7%	11%
No, perché abbiamo riscontrato difficoltà a mettere in campo alcune leve	15%	16%
No, per altri motivi	7%	11%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

ste di prestazioni che si è verificata in questi mesi. Tale risposta è stata selezionata dal 37% delle aziende del cluster AO, ma ha una prevalenza significativa anche per il cluster AT (19%, la seconda risposta più diffusa). Quote davvero molto contenute di entrambi i gruppi (rispettivamente il 7% delle aziende territoriali e ATS e il 5% delle AO, AOU e ASST) ha dichiarato invece che le misure messe in atto hanno funzionato senza riserve e senza aggiungere ulteriori elementi; del resto però, questo risultato non sorprende più di tanto, vista l'estrema complessità che ha interessato questi mesi di gestione delle attività durante l'emergenza sanitaria.

Tra le opinioni negative in merito all'efficacia di queste leve operative, il 16% delle aziende del gruppo AO e il 15% del cluster AT ha segnalato la difficoltà a mettere in campo alcune leve; segue poi la risposta per cui la natura fortemente dinamica e mutevole ha reso la situazione molto difficile da gestire, selezionata dall'11% delle aziende del cluster AO e dal 7% del cluster AT. Infine, percentuali minoritarie dei cluster hanno espresso un giudizio totalmente negativo sull'efficacia delle misure messe in campo, a causa di altri motivi, tra cui anche il fatto che si sarebbero resi necessari anche altri interventi (4% e 5%). A questo proposito le aziende territoriali e le ATS, nei commenti, hanno segnalato che sarebbe stata molto utile una stabilizzazione dell'offerta di prestazioni (che invece si è rivelata quasi impossibile da attuare), un maggiore controllo sui soggetti prescrittori per meglio governare la domanda di prestazioni e un lavoro di sensibilizzazione dell'utenza in merito all'appropriatezza delle richieste. Le aziende del cluster AO hanno invece dichiarato che un investimento in campo di telemedicina avviato a suo tempo, già prima dell'emergenza, avrebbe giovato al buon esito di queste strategie di contenimento delle liste di attesa, così come un maggiore utilizzo dei criteri RAO da parte degli

MMG in fase di prescrizione. Si tratta di un'area di interventi che, da quanto emerge dalle risposte sulle leve adottate, è stata evidentemente messa in *stand-by* durante l'emergenza.

18.5.4 Scenari futuri

Nell'ambito del dibattito pubblico l'emergenza Covid-19 è stata spesso associata a una riduzione della domanda e, in particolare, della domanda inappropriata. Quando è stato chiesto alle Direzioni Sanitarie di riflettere sul possibile andamento della domanda sanitaria nei prossimi anni, in pochi hanno però segnalato la possibilità che la domanda in generale possa assestarsi intorno ai livelli del 2020. Per il 50% dei rispondenti appartenenti al cluster AT e per il 42% del cluster AO la domanda sta tornando rapidamente ai livelli pre-Covid-19 e continuerà a crescere in modo moderato. Vi è poi il 35% delle AT e 47% delle AO che ritiene che possa in realtà crescere in modo più sostenuto. Ci si aspetta dunque un «rimbalzo» nel breve periodo e, nel medio-lungo periodo, una traiettoria di crescita superiore agli anni precedenti. In linea con lo scenario delineato, nel rispondere a una successiva domanda relativa alle aree di lavoro da privilegiare per un efficace governo delle liste e contenimento dei tempi di attesa nei prossimi 5 anni, è praticamente unanime la convergenza verso il cantiere di lavoro legato al contenimento della domanda inappropriata (89% di consenso presso AT e 84% presso AO). A questo si associano direttamente due linee di intervento: «l'implementazione del teleconsulto MMG-specialista» e «la presa in carico diretta dello specialista (prescrizione e prenotazione)» (Tabelle 18.16 e 18.17). In realtà quest'ultima ha un impatto anche sulla fluidità e l'efficienza dei processi; il 70% del cluster AT e il 74% del cluster AO vede, infatti, nella «semplificazione e/o efficientamento dei processi produttivi e della logistica interna» un altro cantiere su cui concentrare gli sforzi nell'immediato futuro.

Sempre nella doppia direzione di snellire i processi e aumentare il controllo sulla domanda appropriata, circa il 60% dei rispondenti di entrambi i gruppi segnala la necessità di continuare a diffondere la pratica delle ricette dematerializzate, un percorso evidentemente ancora incompiuto, nonostante l'emergenza Covid-19 abbia imposto una spinta alla digitalizzazione.

Vi sono poi alcuni cantieri che sembrano più legati a ciascun cluster. Tra le realtà appartenenti al gruppo AT, il 59% segnala che lavorerà sul maggiore sfruttamento degli ambulatori territoriali e il 56% sull'«implementazione del day service per accorpare le prestazioni». Nel caso del cluster AO, si sottolinea, invece, la necessità di affinare il supporto del CUP alla gestione dei processi in front-office («potenziamento della gestione delle disdette e dei no-show degli utenti») e in back-office («revisione e standardizzazione delle visite a CUP» – es. revisione standard nei tempi prestazione). Il secondo punto è sottolineato

Tabella 18.16 **Aree di lavoro sulle quali le aziende ritengono sarà importante investire nel futuro per governare e contenere le liste di attesa, cluster AT**

CLUSTER AT (27)	
Aree di lavoro per il futuro	% estensione sul campione
Contenimento della domanda inappropriata	89%
Implementazione della telemedicina	85%
Presa in carico diretta da parte dello specialista	81%
Implementazione teleconsulti MMG – specialista	78%
Semplificazione e/o efficientamento dei processi produttivi e della logistica interna	70%
Dematerializzazione delle prescrizioni	63%
Maggiore sfruttamento degli ambulatori territoriali	59%
Implementazione di day service per accorpare la gestione delle prestazioni	56%
Revisione e standardizzazione delle visite a CUP (es. revisione standard nei tempi prestazione)	56%
Potenziamento della gestione delle disdette e dei no-show degli utenti	52%
Assunzioni a tempo indeterminato	52%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

Tabella 18.17 **Aree di lavoro sulle quali le aziende ritengono sarà importante investire nel futuro per governare e contenere le liste di attesa, cluster AO**

CLUSTER AO (20)	
Aree di lavoro per il futuro	% estensione sul campione
Implementazione della telemedicina	95%
Implementazione teleconsulti MMG – specialista	89%
Contenimento della domanda inappropriata	84%
Presa in carico diretta da parte dello specialista (prescrizione e prenotazione)	79%
Semplificazione e/o efficientamento dei processi produttivi e della logistica interna	74%
Potenziamento della gestione delle disdette e dei no-show degli utenti	68%
Dematerializzazione delle prescrizioni	58%
Revisione e standardizzazione delle visite a CUP (es. revisione standard nei tempi prestazione)	53%
Maggiore sfruttamento degli ambulatori territoriali	53%
Assunzioni a tempo indeterminato	53%

Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

dal 53% del cluster ed evidentemente ha a che fare anche con una revisione degli standard legata alle misure di *risk management* rispetto alla diffusione del virus e di potenziali nuove epidemie (sanificazione, contingentamento entrate, ecc).

Bisogna inoltre segnalare due aspetti. Il primo, è che la telemedicina è stata selezionata come area di lavoro privilegiata quasi all'unanimità; vi è probabil-

mente in parte un effetto “moda”, ma evidentemente vi è anche l’idea che questo strumento possa incidere anche sul governo delle liste di attesa. Il secondo aspetto da sottolineare è che «le assunzioni a tempo indeterminato» sono state citate solo nel 50% dei casi, nonostante il numero di risposte non fosse vincolato. Il dato non cambia molto se si aggiungono le risposte per le assunzioni a tempo determinato.

Un ultimo aspetto da notare riguarda il grado di focalizzazione delle strategie future. Una azienda ha selezionato solo 5 aree di lavoro su cui investire e lavorare nei prossimi anni, il 14% delle aziende ha indicato 6 o 7 cantieri ed è peraltro interessante notare come il ristretto gruppo di rispondenti che hanno individuato da 5 a 7 leve sia interamente composto da aziende situate al Nord del Paese (in particolare, tra Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto).

Il 41% del campione complessivo dichiara di voler presidiare un numero di aree più esteso (tra le 8 e le 12 aree); circa il 37% delle aziende ha selezionato tra le 13 e le 19 aree di lavoro. Un’azienda infine arriva addirittura a segnalarne 20 (cioè quasi la totalità delle 22 proposte).

Vista la distribuzione disomogenea da un punto di vista geografico del campione di aziende che hanno partecipato alla rilevazione non è possibile affermare con certezza se esistano *pattern* di comportamento dipendenti dal gradiente geografico, tuttavia emergono alcuni indizi a sostegno di questa ipotesi. Oltre alla concentrazione al Nord del ristretto gruppo di realtà che hanno intenzione di concentrare le proprie strategie su un ristretto numero di leve (da 5 a 7), emerge anche come il 71% delle aziende del Sud e delle Isole che hanno preso parte allo studio abbiano selezionato 13 o più aree di lavoro su cui concentrarsi nei prossimi anni.

18.6 Discussioni

Sono ormai più di vent’anni che le politiche sanitarie e le azioni manageriali pongono l’attenzione al governo e contenimento delle liste di attesa. Purtroppo i dati mostrati all’inizio confermano che il fenomeno non è ancora pienamente tracciato o che comunque è difficile fare comparazioni nel tempo e nello spazio per valutare l’efficacia delle politiche e delle azioni pubbliche a livello nazionale.

Nel frattempo, però, per la gestione di un’attività «di massa» come quella ambulatoriale e il conseguente governo delle liste di attesa, si sono evoluti e affinati a livello nazionale e internazionale, come illustrato nella disamina della letteratura internazionale e nelle indicazioni normative a livello nazionale.

Il contributo si è posto quindi l’obiettivo di verificare sul campo quali siano le azioni che le aziende stanno mettendo effettivamente in campo tra quelle tracciate nel PNGLA (e non solo), di quale impatto abbia avuto l’emergenza

Covid-19 in questo ambito e quali scenari futuri si prospettano in termini di strategie aziendali.

Dall'indagine emerge innanzitutto una conferma di come l'emergenza abbia acuito il problema dei tempi di attesa. Lo ha intensificato dove era già critico (visite specialistica e diagnostica c.d. pesante), lo ha esteso ad altre aree (es: visite di controllo) e ha reso necessaria una ridefinizione di alcune priorità (visite oculistiche vs pneumologiche).

Le aziende hanno risposto mettendo in campo una serie di azioni per il contenimento dei tempi di attesa e il recupero dell'attività ambulatoriale in generale, grazie anche al sostegno delle politiche nazionali e regionali. Alcune di queste trovano continuità con quello che si stava già facendo, altre, invece, sono delle innovazioni messe in atto in un contesto «dirompente». Vi sono poi alcuni cantieri storici che sono stati messi in *standby* e che vengono indicati come da recuperare per il futuro.

Partendo proprio da questi ultimi, il primo è senza dubbio quello della c.d. «lotta all'inappropriatezza». Le Direzioni Sanitarie sottolineano come la domanda in generale ed in particolare quella inappropriata si sia affievolita durante il periodo Covid-19¹⁶, ma che lo scenario futuro è di un ripristino molto rapido del quadro precedente e di un aumento sostenuto della domanda di prestazioni ambulatoriali nei prossimi anni. Alla base di questo aumento fisiologico possono esserci driver di domanda (la cronicizzazione) e driver di offerta (l'innovazione tecnologica aumenta le potenzialità di monitoraggio); diventa pertanto fondamentale non aggiungere domanda «non necessaria». Tra le contro-misure, nella voce «altro» del questionario e durante il workshop è emersa l'esigenza innanzitutto di rafforzare il monitoraggio del fenomeno attraverso il confronto e il *benchmarking*, almeno a livello intra-regionale. Il raggiungimento del 100% delle prescrizioni dematerializzate, auspicato da circa il 60% delle aziende intervistate, non potrà che favorire questa opportunità. Viene poi ripresa la necessità di strutturare in modo più diffuso i percorsi terapeutici (PDTA). In questo senso, l'emergenza Covid-19 sembra aver dato un impulso se non altro a far funzionare meglio i PDTA già in essere. Già nel Rapporto OASI 2020 (Fenech *et al.*) era stato osservato come l'emergenza fosse stata di stimolo nell'introdurre e diffondere alcuni strumenti operativi che aiutano a separare in modo più definito il ruolo del MMG e dello specialista e ne supportano la collaborazione. Si tratta del teleconsulto MMG-Specialista, della prescrizione-prenotazione da parte dello specialista e della presta in carico da parte di quest'ultimo. Ambiti che vengono ampiamente e diffusamente segnalati dalle Direzioni Sanitarie come cantieri in essere e futuri.

¹⁶ In realtà durante il workshop è emerso che parte della domanda (appropriata o inappropriata) «programmata» si è tradotta in domanda ambulatoriale urgente. Si è trattato comunque di un fenomeno estemporaneo.

Sempre legato alla gestione della domanda, rimane un terreno ancora da potenziare quello della «gestione delle disdette e dei no-show degli utenti», che probabilmente è diventato ancora più complesso in questo periodo di «prudenza» da parte degli utenti nell'accedere alle strutture sanitarie. Siamo qui entrati nel pieno della dimensione del contributo del CUP nell'intermediare domanda e offerta, quella che abbiamo indicato come efficienza allocativa (Figura 18.4). L'esigenza impellente, nell'emergenza, di avere un quadro integrato dell'offerta disponibile sul territorio, ha dato sicuramente un importante impulso al percorso di integrazione o federazione dei sistemi CUP a livello regionale. Resta comunque ancora un cantiere per il 59% delle aziende quello di sfruttare appieno la rete degli ambulatori territoriali per garantire una maggiore appropriatezza dell'offerta e allo stesso tempo garantire una maggiore efficienza operativa nell'ambito *outpatient* (c.d. modelli «*focused factory*» per l'*outpatient*).

Sempre in termini di efficienza operativa, l'emergenza sanitaria lascia, invece, una questione aperta: gli standard attuali di erogazione (sanificazione, dpi, ecc.) diventeranno permanenti? Non è un caso che il cluster AO abbia segnalato la necessità di «revisione e standardizzazione delle visite a CUP (es. revisione standard nei tempi prestazione)». Questo ha senz'altro un impatto di efficienza operativa delle strutture di offerta perché incide sulla capacità delle aziende di programmare al meglio la variabilità e di stimare la capacità produttiva necessaria. Abbiamo visto poi come il 74% delle AO segnali l'importanza della «semplificazione e/o efficientamento dei processi produttivi e della logistica interna». Ci sono pratiche, come l'open access (Tomassini, 2019), attuate in alcuni contesti, che rispondono chiaramente a questa esigenza. Si tratta di un'evoluzione nel paradigma con cui si gestiscono le liste di attesa che richiede senza dubbio un'ulteriore diffusione dell'operations management come cultura aziendale ma anche come funzione organizzativa (Fenech *et al.*, 2018).

Il 56% delle direzioni sanitarie delle AT sottolinea poi di voler dare nuovo impulso al Day Service. Questa formula permetterebbe di rispondere meglio a una logica di PDTA e di aggregare le prestazioni in un «one stop shop», con vantaggi per l'esperienza per l'utente, ma anche con guadagni di efficienza per l'azienda. Come per l'open access, l'esercizio può inizialmente risultare complesso perché passa attraverso un'adeguata conoscenza e segmentazione della domanda di riferimento, dalla standardizzazione delle pratiche cliniche, da una riprogrammazione degli accessi e da una revisione della logistica interna. È l'esempio che evidenzia come, al di là dei singoli interventi, sia necessario un cambio di paradigma che preveda un agganciamento sempre stretto tra bisogni, percorsi e prestazioni. La sfida del futuro potrebbe essere quella non tanto di chiederci quanto aspetti un utente per una prestazione ma di quanto aspetti per una risposta al suo bisogno di salute. Se, infatti, le visite cardiologiche rien-

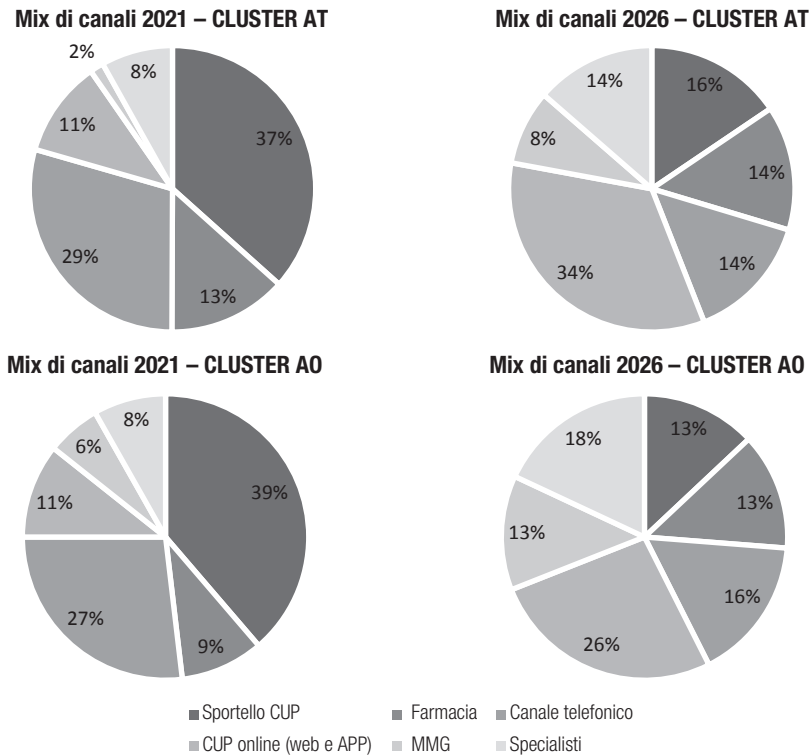
trano nei tempi di monitoraggio e gli elettrocardiogrammi sono sistematicamente sopra la soglia, possiamo dire che la risposta complessiva è tempestiva (nei tempi)?

La leva più richiamata, sia nel contesto Covid-19 che per il futuro, è comunque quella della telemedicina, segnalata all'unanimità dalle direzioni sanitarie. È evidente come l'emergenza ne abbia stimolato un processo dirompente (per un approfondimento si veda il capitolo sulla telemedicina del presente Rapporto). Rimane però ancora da chiarire quale possa essere il suo impatto sui processi di produzione e in particolare sui tempi. Dal workshop con le direzioni sanitarie, infatti, è emerso come la telemedicina sia a tutti gli effetti un percorso ineludibile, ma che il suo impatto operativo è controverso. È più complicato per un utente provare ad accedere a una tele-visita o «fare un salto» in struttura? A livello qualitativo è stato segnalato la difficoltà nell'incrementare i tassi di adesione da parte degli utenti, di possibili *drop-out* virtuali durante le prestazioni e di tempi visita uguali se non dilatati per i medici perché intercorrono le varie pause «tecniche» a cui lo «smartworking» ci ha abituati (connessioni lente lato utente, browser non compatibili, ecc.), che ne fanno ancora un terreno di esplorazione e sperimentazione. La strada per accompagnare questi processi di cambiamento richiederebbe ancora una volta una capacità di stratificare gli utenti e, in questo caso, anche la possibilità di «ibridare» le soluzioni. Un percorso decisamente sofisticato che necessiterebbe, da una parte, di un cambio di paradigma verso una sanità sempre più «su misura» e, dall'altra, adeguati database di informazioni e competenze di service design.

Se lo sviluppo della telemedicina è incerto nelle tempistiche e nell'impatto sul contenimento delle liste di attesa, sembra molto più prossimo al compimento quello della diffusione della tele-prenotazione. Secondo i DS, gli utenti sfrutteranno molto di più l'online (Figura 18.5) per ridurre le attività a basso valore aggiunto (prenotazioni).

La rapidità con cui si svilupperà il CUP online è senza dubbio maggiore di quanto potrà succedere alle prestazioni. La digitalizzazione delle prenotazioni può avere vantaggi diretti e indiretti nella gestione delle liste di attesa. Primo, riduce strutturalmente i tempi tecnici per il paziente (c.d. *lead time*) perché non deve recarsi allo sportello o attendere al telefono una risposta. Può però anche ridurre il tempo di attesa tra la prescrizione e la prenotazione se pensiamo al fatto che proprio la possibilità di evitare lo sportello può far anticipare l'atto della prenotazione da parte dell'utente. Il CUP online potrà poi anche accompagnarsi a dei benefici in termini di efficienza allocativa in quanto riduce le «contrattazioni» CUP-utente per la scelta del medico o della struttura e quelle CUP-dipartimento rispetto all'apertura dalle agende poiché diventano praticamente «pubbliche».

Figura 18.5 **Il mix di canali di prenotazione nella percezione delle Direzioni Sanitarie. Confronto 2021-2026 per cluster di azienda di provenienza**



Fonte: Survey alle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Pubbliche (giugno 2021)

18.7 Conclusioni

Il capitolo indaga il tema dell’attesa che caratterizza l’accesso alle prestazioni sanitarie, focalizzando dal punto di vista teorico, normativo e gestionale la dinamica dei tempi di attesa con specifico riferimento all’ambito ambulatoriale. Il quadro complessivo delle evidenze riportate consente di identificare almeno tre grandi traiettorie manageriali che potrebbero contribuire a una più corretta gestione dell’intervallo che intercorre tra l’esplicitazione di un fabbisogno e la sua concreta presa in carico.

Un primo gruppo di interventi mira a meglio strutturare il ciclo di governo della domanda. Su questo ambito, evidentemente, gli spazi d’azione vanno nella direzione di potenziare le interconnessioni tra il mondo dei prescrittori e quello degli erogatori, orientando la lettura dei fabbisogni ai più moderni principi dell’evidence based medicine e degli approcci value-based. Un secondo ambito di lavoro è rappresentato dalla revisione dei nodi processuali intra

e inter-organizzativi per esplorare l'esistenza di margini di efficienza operativa e allocativa, sfruttare le sinergie e potenziare le economie di specializzazione. L'ultima area di intervento sfrutta le leve di service management per arrivare a una più efficace configurazione dei servizi sanitari. A quest'area appartiene non solo un ricorso più diffuso alla telemedicina, ma anche la strutturazione di pacchetti integrati di prestazioni.

In un'ottica di scenari futuri, il risultato però forse più significativo è quello che non ci si aspetta: il tema degli organici non è ai primi posti, in termini di diffusione tra le aziende, delle necessità nella lotta al governo dei tempi di attesa per i prossimi anni. È evidente, dunque, che si sta entrando in una nuova era della gestione dell'attività ambulatoriale e delle liste di attesa. Un'era in cui la retorica dell'assenza di organico e della questione dell'inappropriatezza della domanda in generale lascia sempre più campo alle tematiche trasversali di come le infrastrutture tecnologiche e fisiche e i modelli organizzativi possano innovarsi per rispondere ai bisogni sanitari e di come bisogna ricercare soluzioni sempre più puntuali che facciano leva sulle competenze manageriali delle aziende. Il PNRR sembra andare esattamente in questa direzione, sia nella sua dimensione digitale che in quella di sviluppo della sanità territoriale. Alcune avvertenze. Bisognerà raccordare il PNRR con il nuovo PNGLA per continuare a supportare la digitalizzazione dei sistemi di prenotazione e accesso (oltre che la telemedicina in senso ampio). Sarà inoltre necessario investire in formazione per accompagnare i processi di digitalizzazione e supportare i percorsi di revisione dei processi operativi. Se è vero che con l'immissione di nuovi medici e professionisti della salute in questi anni ridurremo un potenziale problema di capacità produttiva, non bisogna sottovalutare come questo tipo di rivoluzione poggi su figure e strutture organizzative c.d. «amministrative», che ancora scarseggiano nel sistema, quali la gestione operativa, i project manager, i CIO (*chief innovation officers*).

Bisogna ora fare due ultime considerazioni. La prima riguarda la necessità di guardare alle trasformazioni con un occhio di attenzione alle dinamiche nord-sud. Dall'indagine empirica emergono due segnali, seppur deboli, che il sud del paese possa essere maggiormente in affanno nell'affrontare il tema del governo delle liste e dei tempi di attesa. Un primo segnale è legato al basso tasso di risposta al questionario rispetto alle altre aree del paese (13% al sud e isole vs circa il 35% nel resto d'Italia). Il dato può essere soggetto a molte interpretazioni, tra cui anche quella per cui al sud il fenomeno non è rilevante come per le altre parti d'Italia. Rimane però il dubbio che la questione sia sottovalutata, ignorata o, addirittura, «evitata». Questo dato naturalmente è anche un limite del lavoro in quanto il campione è rappresentativo solo di una parte della popolazione delle aziende sanitarie del SSN e non permette di entrare nel merito delle differenze regionali. Un secondo segnale è legato al fatto che il 71% delle aziende del Sud e delle Isole che hanno preso parte allo studio

hanno selezionato ben 13 o più cantieri su cui lavorare nei prossimi anni; un portafoglio decisamente ampio che sottende come ci sia ancora molto «da fare». Si tratta di segnali che per i motivi menzionati sono deboli, ma non vanno comunque ignorati.

Vi è, infine, un aspetto che non è emerso dall'indagine campionaria, neanche attraverso le risposte aperte o il focus group; quale ruolo può giocare l'intelligenza artificiale (c.d. AI) nella gestione delle liste di attesa e riduzione dei tempi? Si tratta evidentemente di un cantiere che al momento è sotto traccia anche se non è difficile prevedere che almeno nel prossimo ventennio si lavorerà sempre di più nella direzione di rendere le piattaforme CUP più «intelligenti». In pratica, se finora il miglioramento delle piattaforme CUP si è concentrato sull'integrazione, sulla digitalizzazione e sullo snellimento dei processi, con l'avvento dell'AI non è difficile immaginare, e in alcune realtà probabilmente ci sono già delle sperimentazioni, che queste piattaforme siano sempre più proattive e automatizzate (ad esempio, il CUP che chiama in automatico i pazienti dopo la prescrizione o che alloca direttamente le richieste sulla base delle stime della domanda).

18.8 Bibliografia

- Ballini L., Negro A., Maltoni S., Vignatelli L., Flodgren G., Simera I., Holmes J., Grilli R. (2015). Interventions to reduce waiting times for elective procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD005610.
- Brennen R. L'E., MacRae C. L., Irving H., Zeman B. J., Lorentzen S.L. (2018). Can a patient-focussed bookings approach reduce patient non-attendance in postnatal and continence physiotherapy? *Journal of Public Health*, Vol. 42, No. 1, pp. 155-160.
- Breton, M., Smithman, M. A., Sasseville, M., Kreindler, S. A., Sutherland, J. M., Beauséjour, M., ... & Wong, S. T. (2020). How the design and implementation of centralized waiting lists influence their use and effect on access to healthcare-A realist review. *Health Policy*, 124(8), 787-795.
- Corte dei Conti (2021). "Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica".
- CREA (2017). Report "Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali".
- Cusini M., Auxilia F., Trevisan V., Visconti U., Castaldi S. (2008). A telephone survey on the reasons for non-attendance in a dermatological clinic. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*; 143: 353-7.
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health policy*, 119(9), 1197-1209.

- De Belvis A.G., Marino M., Avolio M., Pelone F., Basso D., Dei Tos G.A., Cinquetti S., Ricciardi W. (2013). Wait watchers: the application of a waiting list active management program in ambulatory care. *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 25, Number 2: pp. 205-212.
- Decreto-Legge 23 ottobre 2018 n. 119.
- Decreto-Legge 14 agosto 2020 n. 126.
- Decreto-Legge 25 maggio 2021 n. 73
- Dusheiko M., Gravelle H. (2017). Choosing and booking—and attending?
- European Commission (2018). “Inequalities in access to healthcare – A study of national policies”. November 2018.
- Impact of an electronic booking system on outpatient referrals and non-attendances. *Health Economics*. 2018; 27: 357-371.
- Fattore G. (2005). *Metodi di Ricerca in Economia Aziendale*. Egea, Milano.
- Fenech L., Ferrara L., Hiedemann A. M., Tozzi V. L'offerta ambulatoriale per la popolazione cronica tra governo clinico e gestione operativa in *Rapporto OASI 2020*, CER GAS (a cura di), Egea, chap. 11, pp. 441-476, 2020.
- Fenech L., Lega F., Prenestini A. L'Operations Management nelle aziende pubbliche del SSN: da work in progress a work on process in *Rapporto OASI 2018 CER GAS* (a cura di), Egea, pp. 395-437, 2018.
- Green J., McDowall Z., Potts H. W. W. (2008). Does Choose & Book fail to deliver the expected choice to patients? A survey of patients' experience of outpatient appointment booking. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8:36.
- 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.
- Johannessen, K. A., & Alexandersen, N. (2018). Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC health services research*, 18(1), 1-13.
- Lega, F. (2001). *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*. McGraw-Hill.
- Legge 30 dicembre 2018, n. 145. «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021».
- Legge 13 ottobre 2020 n. 26.
- Legge 24 aprile 2020 n. 27.
- Legge 13 ottobre 2020 n. 126, art. 29.
- Legge del 17 dicembre 2018 n. 136.
- Martin, R. M., Sterne, J. A., Gunnell, D., Ebrahim, S., Smith, G. D., & Frankel, S. (2003). NHS waiting lists and evidence of national or local failure: analysis of health service data. *Bmj*, 326(7382), 188.
- Ministero della Salute (2019). Allegato D. «Glossario in materia di liste di attesa» in «Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021».

- Ministero della Salute (2019). «Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021».
- Naiker U., Fitzgerald G., Dulhunty J. M., Rosemann M. (2018). Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review*, 2018, 42, 286–293.
- OECD Health Policy Studies (2013). «Waiting Time Policies in the Health Sector – What Works?» (February 2013).
- OECD Health Policy Studies (2018). «Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle».
- OECD Health Policy Studies (2020). «Waiting Times for Health Services. Next in Line». 28 maggio 2020.
- Osservatorio GIMBE (2019). «Tempi di attesa: trasparenza di Regioni e Aziende sanitarie». Report Osservatorio GIMBE 4/2019.
- 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.
- Rashid M., Abeysondra L., Mohd-isa A., Khan Y., Sismeiro C. (2007). Two years and £196 million later: where is Choose and Book?. *Informatics in Primary Care*; 15: 111-19.
- Siciliani, L., *et al.* (2013), “Measuring waiting times across OECD countries”, in Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264179080-5-en>.
- Tozzi, V. (2004). La gestione per processi in sanità. *Mecosan, Management ed economia sanitaria*, 50, 71-9.
- Willcox, S., Seddon, M., Dunn, S., Edwards, R. T., Pearse, J., & Tu, J. V. (2007). Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. *Health Affairs*, 26(4), 1078-1087.

Appendice

Tabella 18.8 **Leve e aree di lavoro finalizzate al recupero dell'attività di specialistica ambulatoriale e al contenimento dei relativi tempi di attesa attivate dalle aziende sanitarie pubbliche nel biennio 2020-2021 e macro-categorie di finalità**

Macro-categoria di finalità	Leve e aree di lavoro attivate nel biennio 2020-2021
Potenziamento dell'offerta e della capacità produttiva	Acquisto prestazioni aggiuntive da propri professionisti
	Implementazione telemedicina
	Apertura straordinaria ambulatori
	Acquisto attività aggiuntiva da privati accreditati
	Maggiore sfruttamento ambulatori territoriali
	Semplificazione e/o efficientamento processi produttivi e logistica
	Implementazione teleconsulti MMG – specialista
	Assunzioni a tempo determinato
	Aumento slot per attività ambulatoriale
	Assunzioni a tempo indeterminato
	Potenziamento intramoenia
	Acquisto apparecchiature
	Implementazione day service
Governo della domanda	Dematerializzazione prescrizioni
	Presa in carico diretta dello specialista
	Contenimento domanda inappropriata
Potenziamento del sistema CUP	Estensione canali di prenotazione
	Potenziamento gestione delle disdette e dei no-show
	Ampliamento visibilità agende a CUP
	Ampliamento visibilità agende privato accreditato
	Revisione e standardizzazione visite a CUP
Integrazione Sistemi CUP a livello sovra-aziendale	