

Liste e tempi di attesa in sanità

**Innovazioni, soluzioni e sfide
per le regioni e le aziende sanitarie italiane**



biblioteca dell'economia d'azienda

Liste e tempi di attesa in sanità

**Innovazioni, soluzioni e sfide
per le regioni e le aziende sanitarie italiane**

Copyright © 2022 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/58365751 – Fax 02/58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo *e/o* su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni. Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaeditore.it

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: marzo 2022

ISBN volume 978-88-238-4743-9

Indice

Introduzione , di <i>Francesca Lecci</i>	7
1. La rilevanza del fenomeno: trend e ordini di grandezza , di <i>Andrea Rotolo</i>	11
1.1 Dimensioni e quantificazione dei tempi d'attesa	11
1.2 Il fenomeno dei tempi d'attesa a livello internazionale	12
1.3 Il fenomeno dei tempi d'attesa in Italia	17
2. Sfide, approcci e soluzioni: i suggerimenti dalla letteratura internazionale , di <i>Paola Roberta Boscolo</i>	23
2.1 Le prospettive di studio	23
2.2 Sfide, approcci e soluzioni	24
3. La gestione dei tempi di attesa in Italia: le misure a livello nazionale e regionale , di <i>Laura Giudice</i>	29
3.1 Le indicazioni normative sul governo dell'attesa in tempi pre-Covid	29
3.2 Le indicazioni normative sul governo dell'attesa alla luce dell'emergenza Covid	35
4. La gestione dei tempi di attesa in Italia durante e oltre la crisi Covid: le aziende , di <i>Paola Roberta Boscolo, Lorenzo Fenech, Laura Giudice, Andrea Rotolo</i>	43
4.1 Introduzione e inquadramento	43
4.2 Il governo dei tempi di attesa durante e dopo la crisi nelle aziende sanitarie italiane: il punto di vista delle direzioni sanitarie	45
4.3 Il governo dei tempi durante e dopo la crisi nelle aziende sanitarie italiane: un'analisi dei casi aziendali	53

5. I Sistemi CUP come perno centrale: modelli, trasformazioni e innovazioni , di <i>Paola Roberta Boscolo, Lorenzo Fenech, Laura Giudice, Andrea Rotolo</i>	69
5.1 Sistemi CUP in movimento: oggetto, contesto e obiettivi di analisi	69
5.2 Modelli, trasformazioni e innovazioni	73
6. La gestione dell'attività ambulatoriale e il governo dei tempi di attesa: una visione di insieme delle evoluzioni in corso , di <i>Lorenzo Fenech</i>	87
7. Conclusioni , di <i>Francesca Lecci e Rosanna Tarricone</i>	93
Bibliografia	97
Ringraziamenti	103
Gli Autori	105

Introduzione

di *Francesca Lecci*

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 contemporanea 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 e 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 volume 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-maker 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 Covid: 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, questo lavoro 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 sul quale 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 nella Missione Sanità del PNRR.

Il volume è il risultato delle ricerche condotte nell'ambito della Academy of Health Care Management and Economics SDA Bocconi – Novartis. Si tratta di un progetto che grazie al contributo e alla collaborazione dei referenti delle regioni di Campania, Puglia e Toscana ha affrontato il tema dei tempi di attesa con l'obiettivo di individuare e supportare trasformazioni, soluzioni e innovazioni nelle strategie, leve di gestione e cruscotti di monitoraggio. Il volume è pertanto strutturato come segue. Il primo capitolo fa il punto sulle dimensioni del problema anche nell'ottica di un non semplice confronto internazionale. Nel secondo capitolo si ripercorrono le principali innovazioni e soluzioni indicate dalla letteratura internazionale. Nel terzo si propone un excursus dei principali interventi normativi che si avvale anche di un confronto con alcune declinazioni regionali per meglio comprendere le peculiarità applicate dalle singole regioni. Il quarto presenta una disamina delle sfide e soluzioni emerse attraverso un'indagine alle Direzioni sanitarie del SSN e tramite l'analisi di casi aziendali del progetto Academy SDA Bocconi - Novartis. Il quinto capitolo si sofferma sul ruolo dei sistemi CUP nella gestione delle liste e dei tempi di attesa durante la pandemia e sul loro percorso evolutivo, avvalendosi delle interviste ai principali referenti dei CUP e dei sistemi informativi delle regioni coinvolte nel progetto Academy SDA Bocconi - Novartis. Nel sesto capitolo si traggono le fila dei principali risultati delle varie aree di investigazione e in particolare sulle trasformazioni avvenute nello scenario pandemico. Alla luce delle indagini svolte, la questione cruciale in questo contesto è se e come il nostro SSN ne esca rafforzato in termini di approcci, leve e strumenti per il governo dei tempi di attesa. Infine, uno sguardo al futuro e alle prossime sfide che attendono l'Academy SDA Bocconi - Novartis.

1. La rilevanza del fenomeno: trend e ordini di grandezza

di *Andrea Rotolo*

1.1 Dimensioni e quantificazione dei tempi d'attesa

Si è già detto come il fenomeno dei tempi 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 dei tempi 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

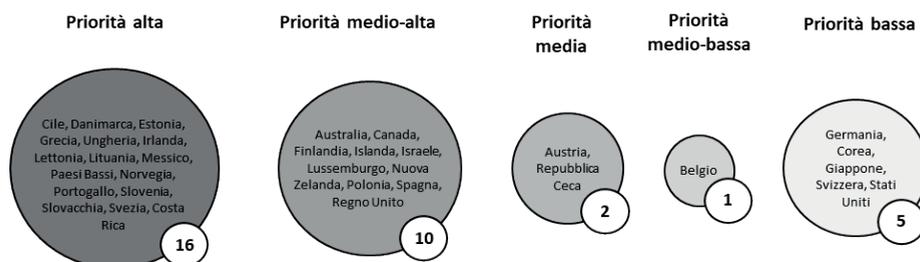
un livello di aggiornamento che non ci permette ancora di osservare in modo compiuto gli impatti della pandemia sulla gestione dei tempi d'attesa. Inoltre, nel momento in cui si scrive, la diffusione del Covid in Italia e in gran parte del mondo sta ancora impattando i sistemi sanitari e la capacità delle aziende sanitarie di rispondere ai bisogni dei cittadini ed è ancora presto per poter formulare ipotesi sulla futura evoluzione della pandemia.

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.

1.2 Il fenomeno dei tempi d'attesa a livello internazionale

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

Figura 1.1. Liste di attesa: un problema ritenuto prioritario in diversi paesi OCSE



Fonte: adattamento da OECD (2020)

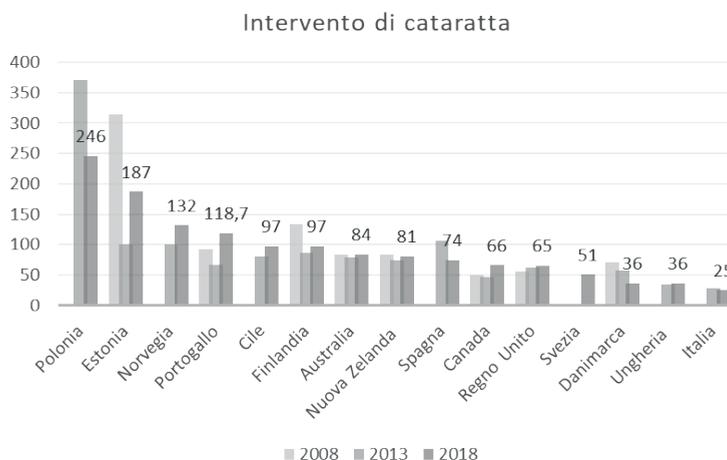
Analogamente, un rapporto della Commissione Europea del 2018 («Inequalities in access to healthcare») aveva evidenziato come il problema dei tempi d'attesa fosse un tema di preoccupazione «considerevole» nella maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea, con pochissime eccezioni. È interessante notare 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.

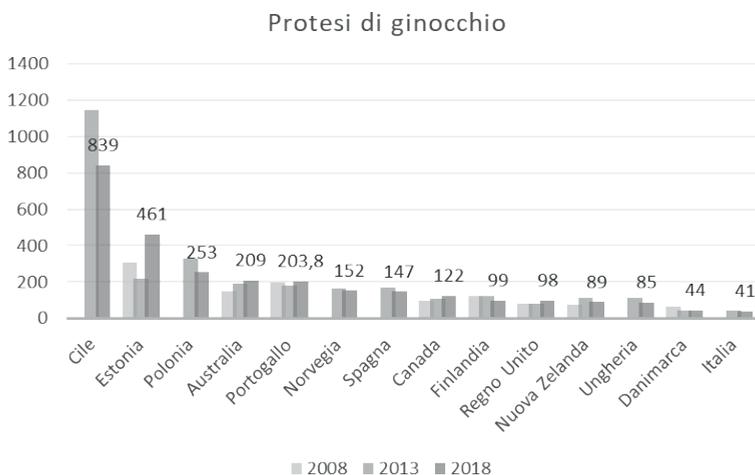
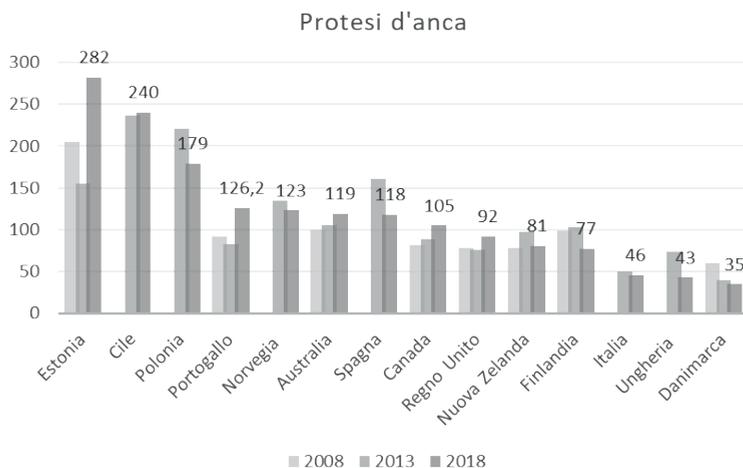
Passando agli ambiti in cui il tema delle liste d'attesa rappresenta una problematica per i sistemi sanitari dei paesi OCSE, una *survey* condotta nel 2019¹ indicava come nella maggior parte delle nazioni le liste d'attesa riguardassero in particolare (in ordine di rilevanza) gli interventi chirurgici 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 1.2) e nella successiva tabella (Tabella 1.1).

Figura 1.1. Tempi di attesa (in giorni) tra visita specialistica e relativa prestazione chirurgica (valori medi), Paesi OCSE (ordinati secondo valori dell'anno 2018)



¹ Sempre contenuta all'interno di OECD Health Policy Studies (2020). Waiting times for health services. Next in line. 28 may 2020.



Fonte: elaborazione degli autori su dati OECD

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).

Tabella 1.1. 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 2020² 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%

² <<https://www.kingsfund.org.uk/press/press-releases/impact-covid-19-waiting-times-NHS-patients>>

(nel periodo successivo al primo *lockdown* nel Regno Unito)³. Nel luglio 2020, la British Medical Association (BMA)⁴ stimava in Inghilterra per il periodo compreso tra aprile e giugno 2020:

- 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).

Un'altra ricerca, pubblicata da The Health Foundation a settembre 2021⁵ e basata sui dati forniti dal NHS inglese, ha mostrato come:

- i tempi d'attesa per le prestazioni in elezione nel Regno Unito hanno raggiunto le soglie più alte da quando viene tenuta traccia delle statistiche dell'NHS;
- si stima che circa 6 milioni di persone in meno rispetto al previsto hanno completato i percorsi di presa in carico tra gennaio 2020 e luglio 2021;
- la pandemia ha avuto impatti anche sull'equità di accesso alle cure (alcune zone del Regno Unito sono state colpite molto di più di altre, sia in termini di tempi di attesa, sia per la lentezza con cui si sono recuperate le prestazioni arretrate);
- si stima infine che circa 7,5 milioni di persone in meno rispetto alle previsioni (sempre nel periodo compreso tra gennaio 2020 e luglio 2021) sono state indirizzate alla presa in carico specialistica, lasciando così un rilevante punto di domanda su come e quando queste persone presenteranno i loro fabbisogni di salute al sistema sanitario.

³ Fonte: «The strategy Unit. Changes in outpatient activity since the covid19 lockdown». (June 2020). Disponibile al link: <<https://www.strategyunitwm.nhs.uk/sites/default/files/2020-07/Changes%20in%20outpatient%20activity%20since%20covid%20lockdown%20-%20week%2021%20-%2020200630.pdf>>

⁴Fonte: BMA. «The hidden impact of COVID-19 on patient care in the NHS in England (july 2020)». Disponibile al link: <https://www.bma.org.uk/media/2841/the-hidden-impact-of-covid_web-pdf.pdf>

⁵ Fonte: «Elective care: how has COVID-19 affected the waiting list?». Articolo pubblicato il 27 settembre 2021 e disponibile al link: <<https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/elective-care-how-has-covid-19-affected-the-waiting-list>>

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 avuto 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.

1.3 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, 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 rispetto 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) consentivano 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 1.2 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 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).

Tabella 1.2. 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 (ALPI), 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

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 1.3).

Tabella 1.3. 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 (ALPI), 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

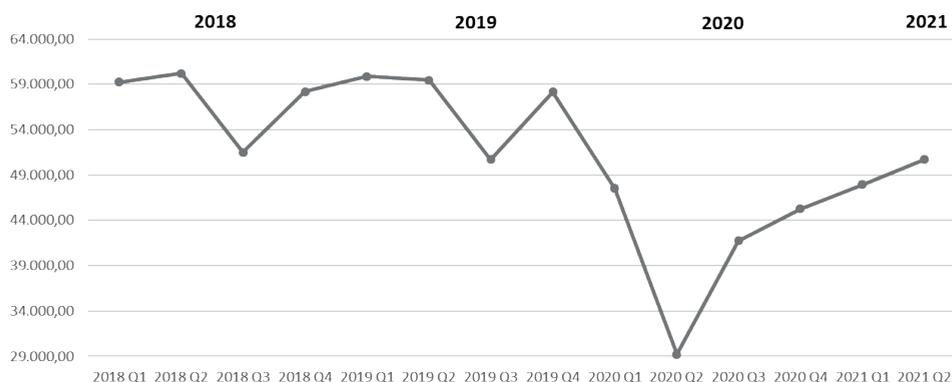
Fonte: adattamento da Indagine CREA Sanità 2017, CENSIS vari anni

Passando alla prospettiva dei servizi sanitari erogati in tempo di pandemia, AGENAS 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) erogate, che ne evidenzia le variazioni percentuali mettendo a confronto i

⁶ <<https://www.agenas.gov.it/covid19>>

trimestri 2020 e 2021 (fino al secondo trimestre) con gli stessi periodi pre-pandemia (trimestri 2018). I dati riportati da AGENAS evidenziano, come immaginabile, le maggiori variazioni percentuali nell'anno 2020, con il secondo trimestre che ha fatto registrare una diminuzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del 51,5%, e riduzioni comprese tra il 18,92% e il 22,2% nei restanti periodi dello stesso anno (Figura 1.3). Il primo trimestre del 2021 (sempre confrontato con il 2018) ha fatto registrare una riduzione del 19,1%, mentre il secondo trimestre del 15,8%. Non sono ancora disponibili invece i dati sulla seconda metà del 2021. Riduzioni ancor più marcate sono state riportate per quanto riguarda le prime visite e le visite di controllo, con picchi rispettivamente di -62,9% e -51,0% nel secondo trimestre 2020 e valori comunque compresi tra -22,7% e -29,7% nei primi sei mesi del 2021.

Figura 1.3 Andamento trimestrale dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale (volumi assoluti per 1.000 prestazioni), confronto tra 2018, 2019, 2020, 2021



Fonte: adattamento da AGENAS Portale Covid-19 su dati del Ministero della Salute

Dal quadro rappresentato e dagli approfondimenti regionali consultabili sul sito di AGENAS è possibile, inoltre, notare: i) come vi sia stata una riduzione percentuale in tutte le Regioni, con differenze però marcate tra i diversi contesti; 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 (che considerano le strutture pubbliche e quelle private accreditate), analizzando i volumi presenti nelle SDO per l'anno 2020 e confrontandolo con l'anno precedente, si è registrata in Italia in media una riduzione del 21% delle prestazioni (con ai due estremi il -30,6% in Calabria e il -15,2% in Veneto). Approfondendo gli indicatori di sistema è possibile, inoltre, notare come la riduzione si distribuisca tra le diverse tipologie di ricovero (2020 vs 2019):

- -14,3% sul volume per ricoveri urgenti;
- -26,1% sul volume per ricoveri ordinari programmati;
- -29,2% sul volume per ricoveri in DH;
- -28% sul volume per ricoveri chirurgici programmati;
- -23% sul volume per ricoveri con diagnosi psichiatriche.

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% 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.

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, al netto di ulteriori riduzioni dovuti a ulteriori ondate dell'epidemia.

I dati disponibili, tuttavia, offrono una rappresentazione limitata dei fenomeni oggetto di studio poiché:

- sono ancora riferiti principalmente al 2020 (e solo in parte al 2021) e non considerano gli effetti di un'ulteriore riduzione dei volumi che potrebbe essere avvenuta negli ultimi mesi del 2021, in corrispondenza della diffusione della variante Omicron del SARS-Cov2;
- sono riferiti per lo più all'andamento delle prestazioni erogate, 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.

⁷ Corte dei Conti (2021), «Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica». Disponibile al link: <<https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>>

2. Sfide, approcci e soluzioni: i suggerimenti dalla letteratura internazionale

di *Paola Roberta Boscolo*

2.1 Le prospettive di studio

Le liste di attesa e i sistemi di prenotazione e gestione dell'attesa sono stati oggetto di studio di numerose ricerche e rappresentano un tema rilevante in tutti i sistemi sanitari moderni (cfr. Cap 1). Alcuni hanno approfondito il tema da una prospettiva di policy concentrandosi sulle implicazioni dell'attesa in termini di equità e accessibilità alle cure; altri da una prospettiva più tecnica, legata ai sistemi informativi e alle tecnologie necessarie per regolare e modulare i sistemi di prenotazione agganciandoli ai processi prescrittivi ed erogativi oltre che ad analisi epidemiologiche e di segmentazione della popolazione; altri ancora, in tempi più recenti, hanno promosso una prospettiva manageriale riconoscendo nei sistemi di gestione delle liste di attesa e nei centri di prenotazione la possibilità di attivare nuove ed efficaci leve gestionali per meglio programmare le attività e la disponibilità dei professionisti, delle aziende erogatrici pubbliche e private e dei pazienti stessi.

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 e colleghi., 2007; Martin e colleghi, 2003). Solo recentemente sembra essere aumentato l'interesse scientifico rivolto al tema dell'attesa per avere accesso alle 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, o ridotta, 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, e quindi uno strumento di regolazione della

domanda, 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».

Coerentemente con gli obiettivi del volume, nell'ambito di questo capitolo la discussione si focalizza soprattutto sulle sfide riconosciute dalla letteratura, gli approcci manageriali e le soluzioni proposte a livello internazionale e nazionale.

2.2 Sfide, approcci e soluzioni

Le sfide da affrontare sono simili in tutti i Paesi e legate ad un continuo aumento della domanda di prestazioni ambulatoriali e specialistiche, a fronte di carenze nell'interfaccia tra cure primarie e cure specialistiche e scarsa integrazione tra setting di cura (Greenwood-Lee e colleghi, 2018). Alcune inefficienze sono state attribuite alla scarsa coordinazione tra decisioni cliniche di professionisti diversi che intervengono sullo stesso caso, come alla gestione delle informazioni del paziente, dei flussi di pazienti a cavallo tra cure primarie e specialistiche e alla totale assenza di sistemi di monitoraggio dei flussi.

L'incidenza crescente delle patologie croniche si traduce peraltro in un aumento delle visite di controllo e di prestazioni diagnostiche ad intervalli di tempo prestabiliti che necessitano di essere programmate e progettate in anticipo, sia per dare al paziente la miglior risposta assistenziale sia per ridurre gli sprechi e gestire al meglio le agende e gli spazi disponibili. Tra gli approcci sviluppati a livello internazionale emergono alcune principali linee di intervento: la definizione di priorità di accesso per meglio organizzare l'offerta rispetto all'urgenza del trattamento o dell'esame diagnostico; la promozione di modelli di governance sovra aziendale con approcci multidisciplinari nei processi decisionali clinici e amministrativi; l'accentramento dei canali di prenotazione e la revisione dei processi, con l'adozione di sistemi predittivi e *tool* per anticipare e gestire i comportamenti degli utenti. Di seguito si presentano alcuni spunti relativi alle diverse linee di intervento.

La segmentazione della popolazione e la progettazione di sistemi di offerta che tengano conto delle diverse priorità assegnabili a target distinti di pazienti rappresenta una rivoluzione nella modulazione dell'offerta e nella capacità di risposta alla domanda (Hadorn 2000; Francesconi e Mittone, 2012; Mariotti e colleghi, 2014; Dery e colleghi, 2020), che si è manifestata con la diffusione di sistemi di prioritizzazione degli accessi per segmentare la domanda (come nel modello RAO – Raggruppamenti di Attesa Omogenei – italiano) (Mariotti e Monterosso, 2012) e con l'assegnazione di tempi massimi (target) di attesa per classi di prestazioni e aree specialistiche (Willcox e colleghi, 2007).

Seppur con tempistiche diverse, in tutti i Paesi si è sviluppata una logica prevalentemente sovra-aziendale nella gestione delle liste di attesa, con processi di condivisione delle agende e di messa a disposizione della *capacity* oltre ai ba-

cini d'utenza più prossimi alle singole strutture, ampliando così anche le possibilità di scelta per i pazienti (Oasi, 2021; Ramchandani, 2002). Il tema delle liste di attesa si configura quindi come un problema di sistema multi-livello, che richiede peraltro competenze multidisciplinari e strategie a diversi livelli istituzionali, dall'azienda sanitaria alle autorità locali, regionali e nazionali, e anche un forte coinvolgimento degli utenti finali.

Il contributo di Pomey e colleghi (2013) propone un framework particolarmente utile e adattabile anche al contesto multi-livello italiano, per illustrare la necessità di interventi complementari a livello aziendale e sovra-aziendale. Secondo il modello, alcuni fattori possono sostenere l'implementazione e la tenuta di sistemi di gestione e controllo delle liste di attesa efficaci, ma solo se agiti in parallelo a livello aziendale e di contesto, regionale e nazionale, sottolineando pertanto l'importanza del coordinamento inter-istituzionale (Tabella 2.1).

Tabella 2.1. Fattori che influenzano l'efficacia dei sistemi di gestione dei tempi di attesa, nel breve e medio periodo a livello locale, regionale o nazionale

Fasi	Implementazione - breve periodo		Sostenibilità - lungo periodo	
Livello	Locale	Regionale / nazionale	Locale	Regionale / nazionale
Fattori				
Governance	Leadership Responsabilità decisionale, ruoli e strutture dedicate <i>Accountability</i>	Strutture di controllo e monitoraggio Coinvolgimento degli stakeholder Capacità di leadership	Sistemi di responsabilità chiari Leadership	Leadership Coinvolgimento degli stakeholder Misure di qualità e sicurezza, monitoraggio dei processi
Cultura	Coinvolgimento dei professionisti Iniziative di miglioramento della qualità Fidelizzazione e trasparenza	<i>Accountability agreement</i> (piani regionali e nazionali) Consultazioni con livello locale Campagne di comunicazione e <i>empowerment</i> Cultura di misurazione delle performance	Coinvolgimento dei professionisti Cooperazione interprofessionale	Coinvolgimento pubblico
Risorse	Aumento della capacità produttiva Personale dedicato Incentivi economici	Livello di finanziamento Incentivi	Capacità produttiva appropriata Definizione di nuovi ruoli per i professionisti coinvolti Nuove opzioni di trattamento/ canali di offerta	Livello di finanziamento Incentivi
Strumenti	ICT Formazione e affiancamento	Definizione standard, target e linee guida Formazione sui sistemi di gestione dei tempi di attesa Strumenti di comunicazione	Performance e ICT <i>tool</i> Formazione e affiancamento	<i>Waiting time information system</i> Monitoraggio e analisi dei dati (cruscotti e <i>dashboard</i>) Comunicazione pubblica

Fonte: adattato da Pomey et al., 2013

Tra i fattori di spinta Pomey (2013) sottolinea l'importanza dei modelli di governance e, in particolare, del coordinamento tra diversi erogatori; degli stili di leadership, intesi come gli approcci secondo cui sono proposte e comunicate le soluzioni adottate; 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 del fenomeno dell'attesa sembra essere una necessità sia dal punto di vista gestionale che infrastrutturale e tecnologico. La leadership aziendale senza strutture di controllo e monitoraggio sovra-aziendali, regionali o nazionali, non è di per sé sufficiente ad introdurre e mantenere nel tempo un sistema efficace di gestione e rendicontazione delle 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 e un coinvolgimento diffuso dei professionisti sanitari, degli *operations manager* e dei responsabili dei CUP (Tomassini, 2019).

A livello internazionale sembra inoltre 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* di tutte le prestazioni disponibili, su agende condivise e trasparenti (Kopach e colleghi, 2007; Gupta e Denton, 2008; Robinson e colleghi, 2010; Tomassini, 2019). L'integrazione sovra-aziendale delle agende e dei CUP aumenta anche le possibilità di scelta per il paziente, sia nella scelta del luogo di trattamento sia della calendarizzazione; interessante da questo punto di vista è l'esperienza inglese del sistema «Choose and Book» avviata nel 2004 per permettere al paziente, al termine di una visita ambulatoriale, 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 sovra-aziendali di certo non mancano, sebbene non siano ancora omogeneamente diffusi a livello europeo (Digital Europe, 2021; Kickbush e colleghi, 2021). Gli studi a disposizione confermano l'utilità di sistemi informativi integrati tra cure primarie e specialistiche (ad esempio, in Finlandia e Svezia), come il crescente ricorso a sistemi di prenotazione elettronici che integrano più piattaforme di prenotazione (Bourne e colleghi, 2001), app e sistemi di supporto alle decisioni per pazienti e clinici, o 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 allunghino l'attesa (cfr. De Belvis et al., 2013).

Si conferma inoltre 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) e all'ottimizzazione della produzione. La sequenza proposta dall'analisi per processi è validata da tempo (cfr. Lega, 2001; Tozzi, 2004; Antonacci e colleghi, 2021) e prevede di mappare, misurare, identificare elementi di variabilità e colli di bottiglia, per proporre sequenze di azioni più efficienti.

In sintesi, emerge 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, come la scarsa integrazione tra cure primarie e specialistiche, o la frammentazione delle cure territoriali e modelli di presa in carico delle cronicità ancora in via di definizione. La letteratura conferma che le liste di attesa in sanità sono un tema rilevante a livello internazionale, che richiede peraltro diverse prospettive di analisi, di epidemiologia, medicina, policy, IT e management, e strategie d'intervento multi-livello che coinvolgono professionisti, tecnici e policy-maker, dalle unità operative fino agli organi di indirizzo e monitoraggio regionali e nazionali. In altri termini le liste di attesa e i sistemi di prenotazione non possono più essere gestiti a livello di singola azienda; gli strumenti, tecnologici e manageriali possono facilitare, almeno dal punto di vista formale, l'integrazione di diversi sistemi di offerta e meglio guidare gli utenti all'interno della rete di offerta, ma non sono la panacea e necessitano di percorsi di accompagnamento, monitoraggio e orientamento dei comportamenti per produrre risultati tangibili e duraturi. Qualunque sia la strategia di contenimento e controllo di tempi e liste di attesa, questa richiede tipicamente un coordinamento forte tra attori a diversi livelli e un ripensamento dei modelli organizzativi e dell'organizzazione del lavoro, con una costante sensibilizzazione degli utenti.

3. La gestione dei tempi di attesa in Italia: le misure a livello nazionale e regionale

di *Laura Giudice*

3.1 Le indicazioni normative sul governo dell’attesa in tempi pre-Covid

Quello dell’attesa per avere accesso alle prestazioni di natura sanitaria è un fenomeno che ha ricevuto molte attenzioni non solo da parte degli studiosi, bensì costituisce anche uno tra i temi prioritari nell’agenda dei policy-maker in molti Paesi. Per evitare che il fenomeno diventi patologico o un ostacolo al buon funzionamento dei sistemi sanitari, sono diversi gli interventi normativi emanati sul tema, atti a definirne i confini, istituire responsabilità, individuare strumenti e meccanismi di governo.

Alcuni studiosi (Ballini e colleghi, 2015) sono giunti alla conclusione che gli interventi e le politiche finalizzate a governare i tempi di attesa emanati a livello internazionale possono tendenzialmente essere categorizzati in due macro-tipologie: interventi che vanno ad agire sul fronte del governo della domanda e quelli che insistono sul fronte dell’offerta, con l’obiettivo di potenziare la capacità del sistema di dare risposta ai bisogni espressi. Non mancano però misure che vanno a intervenire contestualmente su entrambi i fronti.

Per fare un esempio, uno dei meccanismi di governo del fenomeno a cui si fa maggiormente ricorso, in particolare in ambito di prestazioni *outpatient*, sembra essere la definizione di standard massimi relativi ai tempi di attesa. Questo tipo di intervento, seppure con modalità, sotto-obiettivi e implicazioni diverse⁸, è o

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).

è stato in uso in molteplici sistemi sanitari in tutto il mondo, tra i quali il SSN italiano.

Nel nostro Paese, nel corso degli ultimi decenni sono stati prodotti diversi interventi normativi che vanno ad affrontare il delicato tema dell'attesa che si rende necessaria per avere accesso alle prestazioni sanitarie che, come sappiamo, in molti contesti è da tempo un fenomeno molto complesso e difficile da contenere. Tra essi i più recenti e rilevanti sono 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;
- 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 ancora vigente è il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, risultato dall'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, il quale va a sostituire e aggiornare il precedente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012. Il PNGLA più recente ha a sua volta determinato l'emanazione dei Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa, con cui le Regioni e le Province Autonome hanno dovuto recepire (entro 60 giorni dalla pubblicazione del PNGLA) le indicazioni contenute nel Piano Nazionale, declinandole 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.

Il PNGLA 2019-2021 riconferma alcune aree di intervento già indicate dal Piano precedente (2010-2012), le integra e approfondisce tramite l'aggiunta di ulteriori specifiche e anche nuove aree di lavoro. Tra gli elementi di integrazione figurano l'inserimento della classe di priorità P (Programmata), che si aggiunge alle già presenti classi U (urgente), B (breve) e D (differibile); le prestazioni oggetto di monitoraggio dal punto di vista del 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).

Tra le aree di lavoro di nuova istituzione figurano il tema della gestione delle prestazioni prenotate ma non fruite (i c.d. *no-show*), l'istituzione delle prestazioni di controllo, cioè successive a un primo accesso e, infine, l'apertura

all'erogazione delle prestazioni di diagnostica (spesso molto richieste) in fasce orarie ulteriori rispetto a quelle già previste.

Nell'ambito del nuovo PNGLA il legislatore pone maggiore attenzione all'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva, richiamando all'applicazione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)⁹ e al tema della raccolta e del confronto dei dati, in quanto una delle aree di lavoro maggiormente dettagliate e ampliate (rispetto al precedente PNGLA) è proprio quella del monitoraggio.

Lo sviluppo del Centro Unico di Prenotazione (CUP) figurava già tra le aree di lavoro individuate in precedenza e, all'interno del nuovo Piano, vengono ulteriormente ampliate e dettagliate le funzioni minime del CUP online. Particolare attenzione è rivolta alla questione della «multi-canalità» dell'accesso ai servizi (numero telefonico, sportello CUP, farmacie...), vengono indicati strumenti potenzialmente utili per la gestione di ciò che 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 del resto 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.

Nella Tabella 3.1 sono riassunte le principali misure di governo dei tempi di attesa contenute dal Piano Nazionale (PNGLA) 2019-2021 ed è proposto un confronto con integrazioni e eventuali modifiche proposte nell'ambito dei Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa emanati dagli SSR che hanno partecipato al progetto Academy SDA Bocconi-Novartis (Puglia, Campania e Toscana).

⁹ 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.)

Tabella 3.1. Le principali misure contenute nel PNGLA 2019-2021, a confronto con i PRGLA di Puglia, Campania e Toscana (focus ambulatoriale)

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA (PNGLA) 2019-2021
DETTAGLIO DELLE MISURE
CRITERI DI PRESCRIZIONE
<p>Uso dei «Raggruppamenti di Attesa Omogenei-RAO» per la prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale. Obbligo di indicare in prescrizione: quesito diagnostico, primo accesso o follow up, classe di priorità.</p> <p>il PRGLA pugliese: definisce che, laddove i criteri sono definiti nel manuale nazionale, prevalgono su quelli regionali; laddove non sono presenti continuano a valere i criteri regionali.</p> <p>il PRGLA toscano: definisce che l'adozione di modelli analoghi ai RAO negli applicativi prescrittivi di MMG e PLS.</p>
CLASSI DI PRIORITÀ
<p>Urgente: entro 72 ore; Breve: entro 10 giorni; Differibile: entro 30 giorni per visite, 60 giorni per accertamenti diagnostici; Programmata: entro 120 giorni (180 giorni sino al 31 dicembre 2019).</p> <p>il PRGLA toscano: definisce che per le prestazioni oggetto di monitoraggio in classe di priorità D, si applicano i tempi massimi previsti da precedente normativa regionale.</p>
ACCESSIBILITÀ AGENDE
<p>Totale visibilità e possibilità di gestione (da parte dei s.i. aziendali e regionali) delle agende delle strutture pubbliche, private accreditate, sia per attività istituzionale, sia per ALPI. Per le attività di presa in carico e follow up sono istituite apposite agende dedicate. Possibilità di intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione, di registrare la scelta dell'utente distinguendola dalla capacità di offerta.</p> <p>il PRGLA pugliese: prescrive per le agende di 2° accesso una visibilità ad almeno 12 mesi.</p>
GOVERNO DELLA MANCATA DISDETTA
<p>Potenziamento dei servizi telefonici e telematici di <i>recall</i>, modifica e disdetta della prenotazione.</p>
INFORMAZIONE E PRENOTAZIONE
<p>Sviluppo CUP online aggiornato 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.</p> <p>il PRGLA pugliese: definisce la scelta di un CUP Regionale Integrato, «e-CUP Puglia» tramite CUP integratore, sito web e App «Puglia Salute».</p> <p>il PRGLA campano: aggiunge la «Piattaforma per le Liste di attesa» (fase di attuazione), un cruscotto informatizzato per la raccolta e l'elaborazione dei dati delle Aziende e del privato accreditato (per reporting).</p> <p>il PRGLA toscano: definisce la scelta di un CUP unico regionale, «CUP 2.0» che permetta di effettuare chiamate attive <i>outbound</i>, una volta rilevati gli slot non ancora prenotati per offrire un anticipo della data programmata.</p>
PIANIFICAZIONE DELLA PRODUZIONE
<p>Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e separazione dei canali di accesso per le stesse («primo accesso» e «accesso successivo»).</p> <p>il PRGLA toscano: definisce che le aziende, nei Piani attuativi aziendali, possano prevedere modelli di gestione della domanda e di modulazione dell'offerta finalizzati a un accesso veloce alle prestazioni (ad es. Open Access).</p>

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» che prevedono che, qualora venga superato il tempo massimo di attesa, possa essere attivata una procedura per fruire della prestazione presso un erogatore privato accreditato. L'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della capacità produttiva. La possibilità di garantire l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.
il PRGLA toscano: definisce che il team di GO è tenuto a procedere alla ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito del SSR nel più breve tempo possibile.
GESTIONE PER PACCHETTI E PERCORSI
Promozione di <i>day service</i> e altri percorsi trasversali all'azienda per garantire continuità assistenziale.
PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI
La «presa in carico» del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha «in carico il paziente» di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.
il PRGLA pugliese: aggiunge il riferimento alla sperimentazione di un modello di gestione della presa in carico della cronicità «Care Puglia» per assicurare continuità di cura attraverso programmazione, presa in carico «proattiva» e <i>empowerment</i> del paziente.
MONITORAGGIO: OGGETTO
17 prestazioni di ricovero ordinario e day hospital, 69 prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui classe di priorità, tipologia di accesso, garanzia dei tempi, data di prenotazione ed erogazione, codice dell'erogatore.
il PRGLA pugliese: definisce che a partire dal 01.01.2020 è introdotto a livello regionale anche il monitoraggio dei tempi di attesa anche per le prestazioni non di primo accesso (controlli, follow up).
il PRGLA toscano: definisce che, nel caso in cui le prestazioni siano comprese in un pacchetto, oltre a queste saranno oggetto di monitoraggio anche le prestazioni dei pacchetti di cui fanno parte.
MONITORAGGIO: METODO
Monitoraggio ex ante ed ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale, solo ex post delle attività di ricovero in regime istituzionale, solo ex ante delle prestazioni ambulatoriali in ALPI. Monitoraggio PDTA in ambito cardiovascolare e oncologico. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione, dell'effettiva inclusione di tutte le agende nel sistema CUP, della presenza sui siti web di regioni e aziende sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa.
il PRGLA pugliese: «Il RULA detiene e aggiorna un apposito registro in cui sono riportati volumi, tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio».
il PRGLA campano: definisce che i siti web aziendali devono: (i) presentare sulla homepage un link per i tempi di attesa, (ii) presentare dati aggregati per le prestazioni traccianti, (iii) essere accessibili secondo le Linee Guida AGID, (iv) favorire la prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità, (v) contenere il CUP online.
ALTRO
il PRGLA pugliese: definisce la nomina del Responsabile Unico aziendale delle Liste d'Attesa (RULA), responsabile dell'implementazione degli obiettivi contenuti nel Piano aziendale sulle liste d'attesa, delle attività di cui all'articolo 1 L.R. n. 13/2019, e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento delle misure.

Fonte: elaborazione degli autori

L'intervento chiave rappresentato dal PNGLA di fatto punta a garantire un certo grado di uniformità a livello nazionale circa l'impostazione delle strategie di governo dei tempi di attesa, consegnando un'ampia gamma di aree e strumenti di intervento che possano tuttavia essere adattati e arricchiti sulla base delle peculiarità dei diversi contesti, sia a livello regionale che aziendale.

Per entrare nel merito delle declinazioni regionali, tra gli elementi caratterizzanti del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa elaborato dalla

Regione Campania si ritrova l'estensione delle attività di monitoraggio del rispetto dei tempi massimi di attesa anche alle prestazioni afferenti alla classe di priorità P a partire dal 1° gennaio 2020. È inoltre esplicitata la necessità di dedicare un'attenzione particolare ai siti web delle aziende campane, per garantire la completezza delle informazioni su essi reperibili, l'accessibilità dei contenuti, il relativo livello di aggiornamento. Nello specifico, nel PRGLA campano è definito che i siti web aziendali sono tenuti a riportare in *homepage* un link per visualizzare i tempi di attesa, a presentare dati aggregati di performance per le prestazioni oggetto di monitoraggio; devono inoltre essere accessibili come da Linee Guida AGID, favorire la prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità e contenere l'interfaccia di accesso al CUP online.

La Regione Toscana ha invece inserito alcune specificazioni ed elementi aggiuntivi nel proprio PRGLA, tra cui la scelta di implementare un CUP unico regionale che sia, tra le altre cose, in grado di intercettare eventuali prenotazioni multiple per una stessa prestazione e l'impiego dello strumento della chiamata attiva da parte del CUP per saturare disponibilità ancora libera offrendo un anticipo sulla data programmata.

Anche la Toscana inserisce tra le misure l'estensione del monitoraggio, ma lo fa andando ad includere ulteriori prestazioni non individuate dal Piano Nazionale, laddove queste possano essere ricondotte ad un «pacchetto» che comprende una o più prestazioni traccianti. Sancisce inoltre la possibilità di adottare, oltre allo strumento dei RAO, anche altri modelli analoghi negli applicativi di prescrizione di MMG e PLS; consiglia infine l'implementazione a livello aziendale di modalità di gestione della domanda e modulazione dell'offerta finalizzati a garantire ai cittadini un accesso veloce e snello alle prestazioni (per citare un esempio, il c.d. «Open Access»).

Nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa emanato dalla Puglia viene specificata la scelta di implementare un sistema di prenotazione regionale, denominato «e-CUP Puglia», da realizzarsi tramite il ricorso a un modulo integratore dei diversi CUP aziendali; è inoltre sottolineata la centralità del ruolo del sito web omnicomprendivo «Puglia Salute» (disponibile anche sotto forma di app per dispositivi mobili). Anche la Puglia estende le attività di monitoraggio per ricomprendere le prestazioni in classe P e anche quelle non di primo accesso (a partire dal 1° gennaio 2020), per le cui agende è peraltro definita una visibilità di almeno 12 mesi.

Nell'ambito della garanzia di presa in carico successiva al primo accesso, si fa riferimento alla sperimentazione del modello di presa in carico dei pazienti cronici «Care Puglia»; infine, con il PRGLA pugliese è istituita una figura ad hoc, denominata «Responsabile Unico aziendale delle Liste d'Attesa» (RULA), destinato a rappresentare il punto di riferimento e il responsabile in azienda del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel PRGLA.

3.2 Le indicazioni normative sul governo dell'attesa alla luce dell'emergenza Covid

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 Covid ha determinato la necessità di ulteriori interventi normativi che, andando a integrare quanto già stabilito, permettessero agli SSR e alle aziende sanitarie di attingere a risorse aggiuntive per fare fronte alla sospensione e modulazione dell'offerta sanitaria verificatasi nella primavera 2020, contenendo al contempo tempi e liste di attesa:

- 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

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.

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);
- il reclutamento di personale aggiuntivo a tempo determinato o con contratti di lavoro flessibile;
- l'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 2020; 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). Con il successivo DL 25 maggio 2021 n.73 (poi convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021 n.106) viene 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.

Infine, la legge di Bilancio 2022¹² destina 500 milioni di euro al recupero delle liste di attesa e delle prestazioni non erogate per effetto della pandemia, richiedendo alle regioni un ulteriore aggiornamento dei Piani Regionali di recupero delle liste di attesa¹³. Il tema del governo dell'attesa, reso, se possibile, ancora più complesso dall'emergenza Covid, si riconferma dunque una priorità anche per l'anno 2022.

¹² Legge 30 dicembre 2021, n. 234 art. 1.

¹³ Non è qui proposto un approfondimento sui Piani Operativi Regionali di recupero delle liste di attesa per il 2022 in quanto, al momento in cui questo lavoro viene redatto, i documenti di due delle tre regioni prese in analisi sono in fase di approvazione.

3.2.1 Il Piano Operativo di recupero delle liste di attesa della Campania (2020) e il suo aggiornamento (2021)

Nel proprio Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa¹⁴ la Campania innanzitutto provvede a valutare le necessità emerse come conseguenza della prima ondata di contagi da Covid-19: dal piano emerge come i ricoveri in elezione erogati tra gennaio e settembre 2020 siano stati il 25% in meno rispetto a quanto fatto nel medesimo periodo del 2019. Le stime sul fronte ambulatoriale rivelano un'altra differenza significativa (sebbene misurata in modo differente) con una perdita di valore economico erogato tra gennaio e settembre rispetto al 2019 del 41% (che diventa 49% se si considerano solo le prestazioni oggetto di monitoraggio, come da PNGLA). Alla luce di questi cali, a cui corrispondono coerenti fabbisogni di recupero, nel Piano sono innanzitutto richiamate alcune azioni in parte già attivate nel corso della primavera 2020, come la riorganizzazione delle agende di prenotazione finalizzata a dare priorità alle prestazioni sospese non più procrastinabili, il lavoro di *recall* dei prenotati per rivalutarne il c.d. «grado di procrastinabilità», l'ampliamento dei giorni (ora 7 su 7) e degli orari di apertura degli ambulatori, l'attivazione delle televisite per le prestazioni di follow up, monitoraggio ecc., l'aumento delle sedute di sala operatoria.

In aggiunta, il Piano va a definire un modello organizzativo di risposta alla duplice esigenza di recupero dell'attività sospesa e di riduzione dei relativi tempi di attesa, che prevede l'adozione di ulteriori misure operative con l'obiettivo principale di riportare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali di tutte le branche ai livelli «pre-Covid». Tra queste troviamo: (i) il ricorso alle prestazioni aggiuntive (dirigenza e comparto) come da articolo 29 del DL n. 104/2020; (ii) l'assunzione di personale a tempo determinato (per le specialità che si presentano maggiormente in difficoltà); (iii) la possibilità di reclutare medici iscritti all'ultimo o al penultimo anno dei corsi di formazione specialistica per lo svolgimento delle attività assistenziali; (iv) la possibilità di attivare, per un periodo di tempo limitato, le procedure per il completamento dell'orario del tempo pieno (38 ore settimanali) dei medici titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda¹⁵; (v) l'individuazione di meccanismi di incentivazione del personale; (vi) l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori e delle sedute di sala operatoria (in orario 8-20, compreso il sabato e la domenica); (vii) l'utilizzo di incentivi anche per il personale

¹⁴ Delibera della Giunta Regionale n. 620 del 29.12.2020. «Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi dell'art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020 - Aggiornamento».

¹⁵ Ai sensi dell'art 20 del vigente ACN.

amministrativo impegnato nelle chiamate attive per gli screening; (viii) il monitoraggio delle performance connesse all'erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio, tramite piattaforma ASAP-Bi.

Le risorse stanziare dall'art. 29 del DL n. 104 del 14 agosto 2020 complessivamente destinate alla Campania sono pari a 34.810.609,00 euro, il 20% delle quali da destinarsi al recupero delle prestazioni di ricovero; il 74% dei fondi invece è inteso per il recupero delle prestazioni ambulatoriali e il 6% circa per l'incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna. Il Piano specifica come ciascuna azienda sanitaria (beneficiaria di una quota di questi fondi proporzionata ai volumi di attività non resa) sia tenuta a utilizzare le risorse assegnategli dando precedenza al recupero delle prestazioni su cui sono presenti le maggiori criticità (entro e non oltre il 31 dicembre 2020).

Con l'aggiornamento del Piano, richiesta dal c.d. «Decreto Sostegni-bis»¹⁶ come condizione per beneficiare dell'estensione di risorse e strumenti straordinari per il recupero delle liste di attesa anche per l'anno 2021, la Campania in primo luogo riconferma la validità di tutte le misure operative sopra esposte e procede poi ad integrarle con alcuni elementi nuovi. Provvede ad estendere al 31 dicembre 2021 la possibilità di derogare al regime tariffario delle prestazioni aggiuntive prevista dall'art. 29 del DL n. 104/ 2020¹⁷ e a indicare la possibilità di coinvolgere anche strutture private accreditate (anche oltre budget) nel tentativo di recuperare le prestazioni non erogate, remunerandone i contributi tramite specifiche risorse economiche individuate ad hoc¹⁸ (da impiegare però in via residuale rispetto ad altre leve).

Vengono ulteriormente approfondite le analisi relative ai volumi di prestazioni non rese nel corso del 2020 a causa delle prime due «ondate» di contagi da Covid-19¹⁹, anche con l'obiettivo di ripartire tra le aziende le risorse non ancora assegnate da precedenti provvedimenti, pari a 9.672.427,00 euro. Questa

¹⁶ Decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106.

¹⁷ Con riferimento alle prestazioni aggiuntive previste sia dal c.d. «Decreto Agosto» che dal c.d. «Decreto Sostegni-bis».

¹⁸ «in deroga ai limiti di spesa ordinariamente imposti dalla *spending review*» (DGCR n. 353/ 2021).

¹⁹ (Indicativamente il dal 05 marzo al 03 maggio 2020 si è tenuto il primo *lockdown*, in corrispondenza della «prima ondata» di contagi da Covid-19 e dal 05 ottobre al 31 dicembre 2020 la «seconda ondata»).

rivalutazione (che prende in considerazione anche gli ultimi mesi del 2020) evidenzia un calo nei volumi di ricoveri in elezione rispetto all'anno precedente che si aggira intorno al 30%: pertanto si stima un totale di 96.630 ricoveri da recuperare nel corso del 2021.

Sul fronte della specialistica ambulatoriale, emerge un calo di 7,6 milioni di prestazioni²⁰ (un delta negativo del 20% circa rispetto ai volumi del 2019); quasi il 50% delle prestazioni non rese sono ascrivibili alla categoria delle visite specialistiche, con più di 2,4 milioni di prestazioni non erogate rispetto al 2019. Con riferimento a tale fabbisogno, sebbene gli sforzi complessivi di recupero riguardino tutte le specialità, nel Piano le aziende sono invitate a concentrarsi in particolar modo sul recupero di quelle prestazioni non erogate a pazienti affetti da patologie croniche (si stima che queste ammontino a quasi 2 milioni dei 7,6 sopraccitati). È inoltre richiesto alle aziende di tenere traccia, aggiornando il flusso informativo «FILE C», di tutte le prestazioni erogate a partire dal 1° gennaio 2021 facendo uso dei fondi destinati dal c.d. «Decreto Agosto» per il recupero delle prestazioni, della riduzione dei tempi di attesa e delle prestazioni di screening recuperate.

La Regione specifica, inoltre, la necessità che le aziende lavorino internamente sul fronte dell'efficienza, ridestinando risorse o affinando processi, con l'obiettivo di dedicare maggiori risorse al recupero delle prestazioni. In particolare, tra le possibili modalità di recupero si fa riferimento a: (i) una riorganizzazione interna, più orientata all'efficienza nell'impiego delle risorse a disposizione e, in particolare, del personale precedentemente dedicato all'emergenza, (ii) processi di efficientamento nella gestione delle agende di prenotazione, (iii) l'eventuale stipula di accordi interaziendali, per fare fronte a eventuali surplus di domanda. Tutte misure queste che si vanno ad aggiungere a quanto già indicato, come l'estensione degli orari di apertura.

3.2.2 Il Piano Operativo di recupero delle liste di attesa della Puglia (2020) e il suo aggiornamento (2021)

Nel proprio Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa²¹ la Puglia provvede, come espressamente dichiarato nella Delibera a cui è allegato

²⁰ Esulano da questo conto le prestazioni di dialisi che, essendo considerate salvavita, sono state erogate anche nel corso del 2020.

²¹ Deliberazione di Giunta Regionale n. 2143 del 22.12.2020. «Approvazione Piano Recupero Liste d'Attesa – Legge 13 ottobre 2020, n. 126 conversione del D.L. 14 agosto 2020, n. 104».

il documento di pianificazione, a ribadire la validità e la rilevanza delle misure atte al governo e contenimento dei tempi di attesa già contenute nel PRGLA 2019-2020²² e a ripartire le risorse del c.d. «Decreto Agosto» assegnate alla Puglia tra le aziende sanitarie del SSR (pari a euro 31.666.469), a cui rinnova la richiesta di elaborare un proprio piano aziendale di recupero delle liste di attesa. A completamento di ciò, è esplicitata l'attivazione di un programma di monitoraggio mensile da parte della regione, in merito all'attuazione di queste attività di recupero, finalizzato ad individuare eventuali opportunità di miglioramento.

Nel documento non sono esplicitate le stime relative ai volumi di attività non erogata nel corso dei primi mesi dell'anno 2020; sono invece richiamate nei dettagli le principali misure straordinarie atte al recupero delle prestazioni da smaltire e dei relativi tempi di attesa, che le aziende del SSR possono attivare. Tra le misure finalizzate al recupero delle prestazioni di ricovero ritroviamo: (i) il ricorso alle prestazioni aggiuntive (della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del SSN) per le quali è previsto un aumento della tariffa oraria (eccezione fatta per i servizi di guardia); (ii) il ricorso alle prestazioni aggiuntive del personale del comparto, sempre accompagnate da un aumento della tariffa oraria; (iii) l'assunzione di personale a tempo determinato o attraverso forme di lavoro autonomo e l'impiego delle unità di personale inserite (ai sensi degli articoli 2-bis, 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020 n.18²³).

Tra le leve attivabili per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, in aggiunta alla possibilità di ricorrere a prestazioni aggiuntive della dirigenza e del comparto, il Piano esplicita anche la possibilità di attivare (in parziale alternativa ad altre misure) l'aumento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

In seguito, con la DGR 29 novembre 2021, n. 1941 la Regione provvede ad aggiornare il Piano dell'anno precedente al fine di estendere la possibilità di impiego degli strumenti e delle risorse straordinarie per il recupero delle prestazioni e delle liste di attesa fino al 31 gennaio 2021. In particolare, con questo intervento si definisce di destinare euro 14.000.000,00 (quota parte dello stanziamento iniziale pari a euro 31.666.469) al recupero e all'abbattimento delle liste di attesa per l'attività di assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private accreditate, dando pertanto un riscontro istituzionale ai risultati della concertazione con le organizzazioni di rappresentanza dell'ospitalità privata (tenutasi tra agosto e ottobre 2021) e finalizzata a definire il fabbisogno di produzione da finanziarsi con le risorse straordinarie del Decreto Legge 14 agosto 2020 n. 104, per gli ultimi mesi dell'anno. Tale quota è da destinarsi in larga

²² Deliberazione di Giunta Regionale n.735 del 18.04.2019.

²³ Convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

parte (euro 11 milioni dei 14 sopracitati) al recupero dell'attività ospedaliera di media complessità, mentre in parte minoritaria ai DRG di alta complessità.

Viene inoltre ribadito il mandato alle Direzioni Generali di attivare o portare avanti le operazioni di recupero delle liste di attesa nelle aziende, anche in virtù del finanziamento straordinario di cui esse beneficiano.

3.2.3 Il Piano Operativo di recupero delle liste di attesa della Toscana (2020-2021)

Nel proprio Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa²⁴, redatto ai primi di settembre 2020, la Toscana fornisce una stima dei volumi di prestazioni «da smaltire» aggiornata al 31 agosto 2020. Dai dati disponibili risultano da recuperare 132.000 prime visite specialistiche, 156.000 prestazioni di diagnostica per immagini e strumentale, 40.000 interventi chirurgici programmati in ricovero, 22.000 interventi chirurgici ambulatoriali. Per fare fronte a un tale fabbisogno di recupero, visto anche il fenomeno riportato nel Piano stesso di «riemersione della domanda al termine della fase più acuta dell'emergenza sanitaria», la Regione dà mandato alle proprie Aziende di provvedere alla definizione di piani di «riassorbimento» delle prestazioni prenotate ma non erogate. Con questa indicazione la Regione richiama anche gli strumenti attivabili dalle aziende: (i) il ricorso all'attività aggiuntiva in aggiunta all'attività istituzionale, (ii) l'acquisto di capacità produttiva dai privati accreditati e (iii) l'estensione delle agende di prenotazione con slot orari ulteriori, trasmessa al pubblico dal CUP.

La Regione stabilisce inoltre che ciascuna azienda elabori il proprio Piano di recupero coerentemente con la stima dell'attività da recuperare a livello aziendale; è inoltre definito che tra esse siano suddivise le risorse stanziare dal DL 14 agosto 2020, n. 104 per la Toscana, pari a euro 30.123.070,00.

Il Piano toscano, pertanto, delega più direttamente alle aziende la responsabilità di definire il mix di leve e strumenti che più si confà alle specifiche esigenze di smaltimento delle prestazioni e di recupero degli adeguati tempi di attesa, richiamando solo indicativamente le principali leve attivabili, senza dettagliare ulteriori possibili accorgimenti di natura più operativa. A completamento delle indicazioni, la Regione infine indica che si riserverà di verificare l'andamento delle attività di recupero, tramite un monitoraggio al 31 ottobre, nonché di valutare modifiche nell'assegnazione delle risorse straordinarie, sulla base delle necessità delle singole aziende.

²⁴ Delibera n. 1225 del 07.09.2020. «Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa redatto in attuazione del D.L. n. 104/2020, art. 29, comma IX».

4. La gestione dei tempi di attesa in Italia durante e oltre la crisi Covid: le aziende

di Paola Roberta Boscolo, Lorenzo Fenech, Laura Giudice, Andrea Rotolo

4.1 Introduzione e inquadramento

Come osservato nei capitoli 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 solo con qualche azione mirata. Prendendo spunto da quanto emerge dalla letteratura e dalle indicazioni ministeriali, la Figura 4.1 sistematizza e illustra le determinanti 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. La prima «causa naturale» è il già citato disallineamento tra domanda e offerta dovuto, in particolare, al fatto che la domanda sanitaria è potenzialmente infinita e che le risorse sono «scarse» per definizione; questo spingerebbe a razionalizzare se non a razionare nel tempo l'erogazione delle prestazioni. La questione potrebbe inoltre essere acuita da una domanda ancora maggiore rispetto al bisogno reale (c.d. domanda inappropriata), da una parte, e da una sotto-dotazione dell'offerta rispetto alle potenziali risorse che una determinata collettività può stanziare per la sanità. In questa prospettiva, la riduzione della domanda inappropriata, da una parte, e l'aumento delle risorse pubbliche per aumentare gli organici, dall'altra, sono tra le azioni più comunemente richiamate nei dibattiti pubblici per provare almeno a ridurre i contorni del problema.

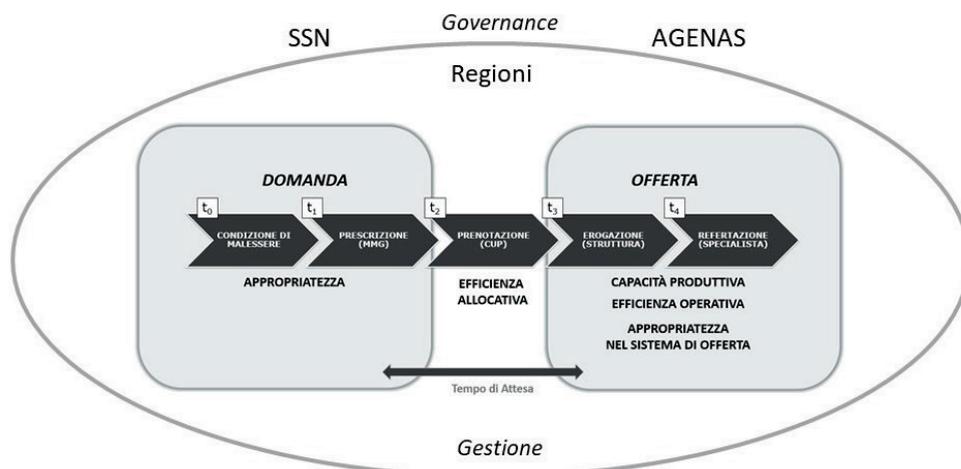
Tuttavia, non bisogna sopravvalutare queste determinanti. Longo e Zazzerà (2018) mostrano, ad esempio, che, pur tenendo conto solo della domanda strutturale, vi è comunque un tale gap tra bisogni di cure primarie e offerta che diventa difficile colmarlo solo con un incremento dell'offerta. I paesi nordici come Svezia e Norvegia, che notoriamente investono molte più risorse pubbliche in sanità di quanto non faccia l'Italia, rappresentano poi 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 (Capitolo1). Alla base vi sono dunque anche delle questioni di efficienza allocativa e operativa. Il primo

aspetto ha a che fare con le frizioni nell'incontro da domanda e offerta. Rispetto alla prima questione, basti pensare al fatto che non tutti i CUP «vedono» l'intera 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.

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. Vi sono degli studi che dimostrano come solo organizzando al meglio le visite di controllo vi siano poi dei guadagni di efficienza in tutta l'organizzazione ambulatoriale (Johannessen e Alexandersen, 2018). Qui rientriamo in tutta la sfera di gestione operativa del percorso dei pazienti che ha avuto un importante impulso negli ultimi anni anche se, nel contesto italiano, con riferimento soprattutto al percorso ordinario chirurgico (Fenech et al. 2018, 2020).

Non è però solo una questione di aziende sanitarie. Dai PNGLA e indicazioni ministeriali si nota come vi sia un tentativo di standardizzare alcune pratiche a livello nazionale. È stato inoltre istituito un Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa di cui fanno parte dei referenti del Ministero, delle regioni e l'AGENAS. Le regioni e la programmazione sanitaria regionale giocano poi un ruolo fondamentale nell'indirizzare e uniformare i processi di prenotazione e accesso nei rispettivi territori di riferimento (vedi capitolo 5).

Figura 4.1 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

Nei paragrafi che seguono ci proponiamo di approfondire lo stato dell'arte della «lotta al contenimento dei tempi d'attesa» nell'ambito ambulatoriale alla luce anche del possibile impatto che può aver avuto l'emergenza sanitaria. L'emergenza Covid potrebbe, infatti, aver accelerato alcuni cantieri di lavoro (es. digitalizzazione? sinergie ospedale-territorio?) e allo stesso tempo arrestato degli altri. Nel primo paragrafo saranno ripresi, sintetizzati e rielaborati i risultati di un'indagine rivolta alle direzioni sanitarie delle aziende sanitarie pubbliche del nostro SSN, i cui primi risultati sono stati rilasciati nel recente Rapporto OASI 2021. L'obiettivo di questa prima parte è fornire una panoramica nazionale delle aree critiche, azioni messe in campo e cantieri futuri nel governo delle liste di attesa. La fotografia generale è poi approfondita e arricchita da esempi esplicativi e testimonianze dirette dalle aziende coinvolte nel progetto Academy SDA Bocconi - Novartis in modo da fornire spunti concreti su ostacoli, soluzioni e innovazioni.

4.2 Il governo dei tempi di attesa durante e dopo la crisi nelle aziende sanitarie italiane: il punto di vista delle direzioni sanitarie

Tra maggio e giugno 2021 è stata svolta un'indagine empirica rivolta alle direzioni delle aziende sanitarie pubbliche italiane e volta a cogliere le principali criticità nel governo dei tempi di attesa e soluzioni messe in campo durante e dopo la pandemia. Al questionario hanno risposto 51 aziende, pari al 27% della popolazione. Il dato è significativo in generale, ma non permette di fare dei carotaggi a livello di area geografica in quanto nella macro-area del Sud il tasso di risposta è stato particolarmente basso. Dalla *survey* è possibile però delineare alcune indicazioni circa le principali questioni e traiettorie di sviluppo che il tema sta prendendo.

Bisogna innanzitutto osservare come la variabile che risulta discriminante nella lettura dei dati che verranno illustrati è, in particolare, la natura delle aziende. In questa prospettiva, al questionario 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 e *mission* prestano particolare attenzione alle prestazioni ambulatoriali e al governo della domanda. 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. 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).

Entrambi i cluster sono stati comunque convergenti nell'individuazione delle aree specialistiche che necessitavano maggiore attenzione prima dell'emergenza sanitaria (Figura 4.2).

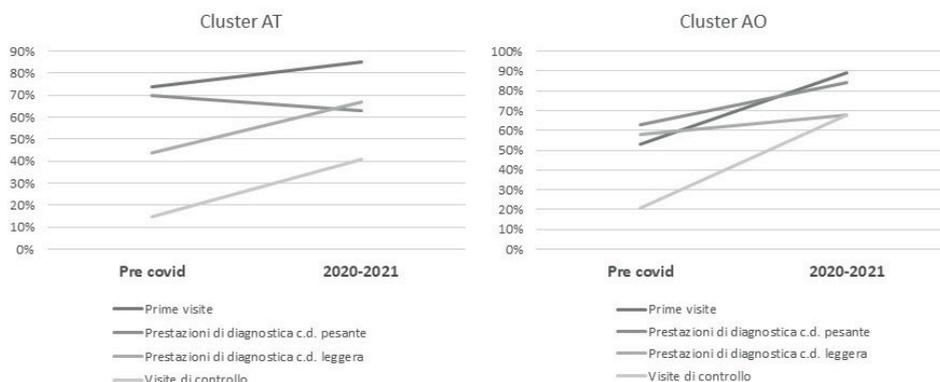
Figura 4.2 Specialità mediche da presidiare per contenerne le liste e i tempi di attesa, cluster AT e AO, confronto tempi pre-Covid e biennio 2020-2021 (prime cinque specialità per estensione della risposta)

TEMPI PRE-COVID			DURANTE L'EMERGENZA COVID		
AT	Specialità	% su campione (AT)	AT	Specialità	% su campione (AT)
	Oculistica	78%		Pneumologia	78%
	Cardiologia	63%		Cardiologia	63%
	Gastroenterologia	44%		Gastroenterologia	52%
	Pneumologia	41%		Oculistica	52%
	Ortopedia	33%		Neurologia	41%
AO	Specialità	% su campione (AO)	AO	Specialità	% su campione (AO)
	Cardiologia	68%		Oculistica	47%
	Gastroenterologia	53%		Tutte	47%
	Oculistica	47%		Pneumologia	42%
	Pneumologia	37%		Cardiologia	42%
	Dermatologia	32%		Dermatologia	32%

Fonte: rielaborazione degli autori su Rapporto OASI 2021

Oculistica e cardiologia emergono come due specialità particolarmente «critiche», indicate, rispettivamente dal 78% delle AT e 47% delle AO e dal 63% delle AT e 68% delle AO. A seguire troviamo la Pneumologia, Gastroenterologia, Ortopedia e Dermatologia, citate da almeno il 30% delle AT o delle AO. Con l'emergenza sanitaria vi sono principalmente due cambi nel ranking. Come prevedibile, sale di posizione (e quindi di criticità) la branca pneumologica. Bisogna poi sottolineare come quasi il 50% delle aziende del cluster AO segnali che le specialità siano state «tutte» particolarmente problematiche in fase di pandemia. Questa criticità generalizzata si evince anche nel guardare al tipo di prestazioni ambulatoriali (Figura 4.3). Le visite di controllo, ad esempio, che prima dell'emergenza venivano segnalate come critiche solo nel 15% (AT) e nel 21% (AO) dei casi, durante il biennio 2020-2021 passano al 41% e al 68%.

Figura 4.3 Tipologie di prestazioni da presidiare per contenerne le liste e i tempi di attesa, confronto tra tempi pre-Covid e biennio 2020-2021 (% di estensione sul campione)



Fonte: rielaborazione degli autori su Rapporto OASI 2021

Rispetto a questo quadro critico, è stato chiesto alle Direzioni Sanitarie di indicare quali azioni e leve gestionali fossero state attivate presso le proprie realtà. Nel farlo, ci siamo basati su uno schema presente in Figura 4.1 che individua, lungo il percorso di prenotazione e accesso dell’utente, le dimensioni critiche nella gestione dei tempi di attesa. Tenendo presente questo schema e tenendo conto delle leve proposte dalla letteratura, abbiamo sottoposto alle direzioni sanitarie una rosa di azioni chiedendo loro di indicarci il grado di intensità con cui le hanno attivate durante l’emergenza.

Dai dati presenti in Tabella 4.1 risulta evidente che le direzioni abbiano lavorato sia sulla domanda che sull’offerta per aumentare la produzione e contenere i tempi di attesa. Possiamo però delineare quali di questi interventi sono stati perseguiti con maggiore intensità di altri. Prendendo a riferimento, in prima battuta, le risposte delle AT, si nota come all’interno del cluster di azioni legato al governo della domanda, al primo posto vi è la dematerializzazione delle prescrizioni (intensità pari a 6 su 7). La dematerializzazione è, infatti, uno strumento fondamentale per ridurre le ridondanze nel sistema, le doppie prenotazioni e responsabilizzare i prescrittori.

Tabella 4.1. Leve operative e aree di lavoro attivate per governare e contenere le liste e i tempi di attesa nel biennio 2020-2021, per macro-obiettivo e cluster di aziende. 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»

Macro obiettivo	Interventi	Aziende Territoriali (AT)		Aziende Ospedaliere (AO)	
		Media	Dev. std.	Media	Dev. std.
GOVERNO DELLA DOMANDA	Dematerializzazione prescrizioni	6,2	0,9	5,1	1,9
	Presa in carico diretta dello specialista	5,0	1,3	4,7	1,6
	Implementazione teleconsulti MMG - specialista	4,4	2,0	4,5	1,9
EFFICIENZA ALLOCATIVA (CUP)	Estensione canali di prenotazione	5,6	1,3	4,2	2,0
	Potenziamento gestione delle disdette e dei no-show	5,5	1,3	4,7	1,7
	Ampliamento visibilità agende a CUP	5,3	1,3	4,8	1,6
	Integrazione Sistemi CUP a livello sovra-aziendale	5,2	2,1	5,1	2,0
	Ampliamento visibilità agende privato accreditato	5,1	1,4	1,6	1,0
EFFICIENZA OPERATIVA (OFFERTA)	Implementazione telemedicina	5,3	1,8	5,4	1,2
	Maggiore sfruttamento ambulatori territoriali	4,6	1,9	3,0	2,3
	Semplificazione e/o efficientamento processi produttivi	4,4	1,9	4,6	1,3
	Implementazione <i>day service</i>	2,9	1,6	3,2	1,7
CAPACITA' PRODUTTIVA (OFFERTA)	Acquisto prestazioni aggiuntive da propri professionisti	5,9	1,5	5,2	1,7
	Apertura straordinaria ambulatori	5,0	1,8	4,3	1,9
	Acquisto attività aggiuntiva da privati accreditati	4,8	2,0	1,5	1,2
	Assunzioni a tempo determinato	4,0	1,8	3,8	1,9
	Aumento slot per attività ambulatoriale	3,9	2,2	4,5	1,6
	Assunzioni a tempo indeterminato	3,3	1,8	3,4	1,9
	Potenziamento/incremento intramoenia	3,1	1,8	2,2	1,2
	Acquisto apparecchiature	2,9	1,8	3,5	1,4

Fonte: rielaborazione degli autori su Rapporto OASI 2021

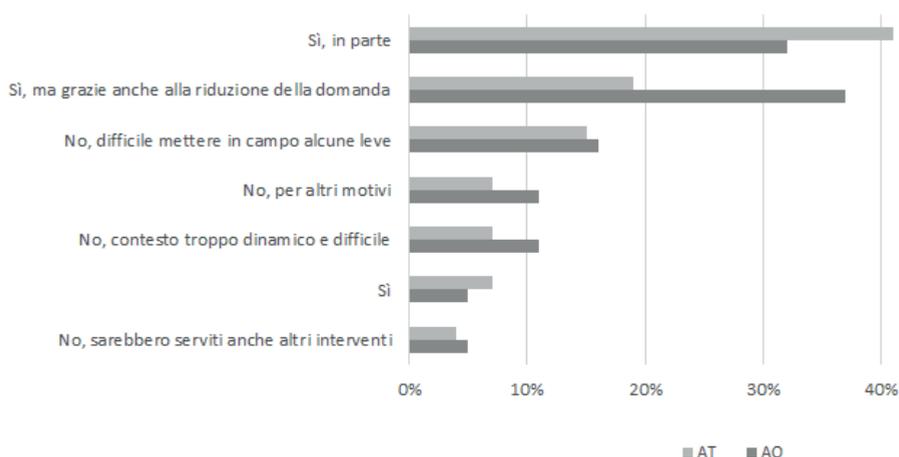
Le aziende poi confermano di aver investito nella presa in carico direttamente da parte dello specialista (prescrizione e prenotazione), un processo che dovrebbe garantire nel tempo minori passaggi dal MMG e maggiore appropriatezza. Vi è poi testimonianza del fatto che le aziende hanno lavorato su innovazioni quali il teleconsulto MMG-Specialista in back-office, anche se qui vi è molta eterogeneità tra le aziende (media 4,4 e deviazione standard pari a 2). Si nota, invece, una decisa convergenza delle AT nell'aver investito nel potenziamento del Sistema CUP per migliorare e agevolare i processi di intermediazione tra domanda e offerta, nell'estensione dei canali di prenotazione in front-office e nell'ampliamento della rappresentazione dell'offerta nelle piattaforme informatiche in back-office. Sul fronte dell'offerta, le aziende dichiarano di aver attivato in primis progettualità in ambito di telemedicina (intensità pari a 5,3); si

è poi lavorato per attivare gli ambulatori territoriali in modo da ridurre gli afflussi negli ospedali e concentrare l'attività ambulatoriale nel suo setting privilegiato. Il day service, che avrebbe potuto concentrare le attività e ridurre gli accessi non è stato invece molto implementato. Una delle leve più importanti in questa fase di recupero è stato l'aumento della capacità produttiva attraverso le risorse aggiuntive introdotte a livello ministeriale. Risorse che sono state stanziare in particolare per le prestazioni aggiuntive, per l'apertura straordinaria degli ambulatori e per l'acquisto di prestazioni aggiuntive dal privato accreditato (laddove possibile). Non sembrano, invece, essere stati fatti importanti investimenti di lungo periodo. Si notano, infatti, punteggi relativamente bassi attribuiti alle assunzioni a tempo indeterminato, all'acquisto di apparecchiature diagnostiche e all'intramoenia (investimento organizzativo in questo caso). I ranking per le c.d. AO sono molto simili, con delle specificità rispetto alle AT. Innanzitutto, per natura e tipologia di azienda, è praticamente assente la leva del privato accreditato, ben presente nel cluster AT, sia in termini di accordi contrattuali che di integrazione nelle agende del CUP. A questo proposito, si segnala una recente iniziativa dell'AUSL Toscana Centro, che punta a modificare la modalità e il sistema di incentivi con cui coinvolgere i privati accreditati nell'erogazione dell'attività SSN (Box 4.1). Assumono poi un'importanza relativa maggiore la semplificazione e/o efficientamento dei processi produttivi e logistica e l'aumento degli slot ambulatoriali; un segno che l'emergenza è stata occasione per entrare maggiormente nel percorso ambulatoriale sia da un punto di vista della logistica del paziente che da quello della gestione delle agende dei medici. Si tratta, infatti, di aziende tendenzialmente e storicamente con vocazione *inpatient*. A questo proposito si segnala un interessante progetto realizzato dall'AOU Pisana, incentrato sulla netta separazione sia organizzativa che logistica dei canali per le prestazioni di primo accesso e di accesso successivo (Box 4.2). In sintesi, si nota che il gruppo AT ha dedicato maggiore attenzione al potenziamento del CUP mentre il cluster AO ha dimostrato un focus più orientato al potenziamento dell'offerta e della capacità produttiva. Questo sembra in linea con la natura istituzionale delle aziende appartenenti ai due gruppi.

La domanda che sorge spontanea è se questi mix si siano rivelati efficaci e se le aziende siano riuscite a fare fronte alle nuove esigenze derivanti dall'emergenza sanitaria e a contenere i tempi di attesa (Figura 4.4). L'opinione di più del 65% delle direzioni sanitarie intervistate è che gli sforzi messi in campo abbiano prodotto dei risultati. La maggior parte però sottolinea il fatto che questi sforzi sono stati agevolati da una contemporanea riduzione della domanda di prestazioni ambulatoriali. Altri segnalano, invece, che gli interventi hanno avuto un'efficacia solo parziale.

Figura 4.4 Valutazioni sull'efficacia dei mix di leve e aree di lavoro messi in campo nel biennio 2020-2021, confronto tra cluster AT e AO

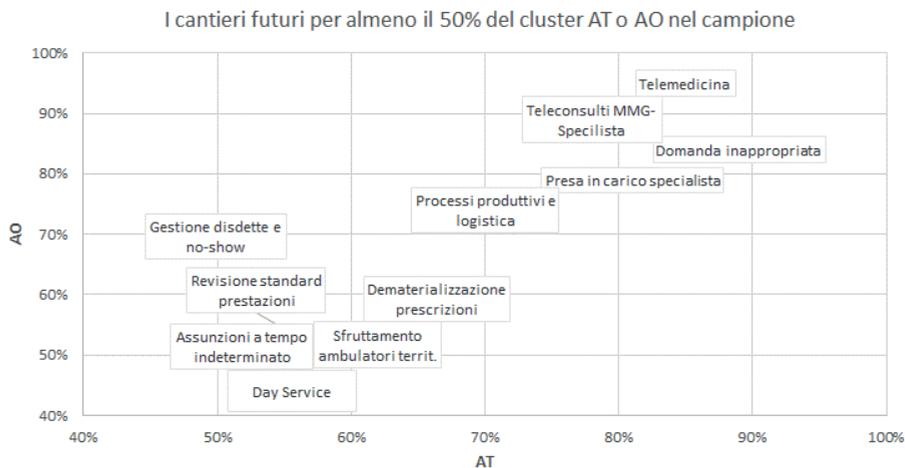
Le azioni messe in campo durante la pandemia si sono dimostrate efficaci per governare i tempi e le liste di attesa?



Fonte: rielaborazione degli autori su Rapporto OASI 2021

Vi è poi circa un 35% che segnala come gli interventi attivati siano stati poco efficaci. Da una parte, per la natura mutevole e complessa del contesto, dall'altra, perché all'intensità di mettere in campo un'azione non è corrisposta una vera e propria concretizzazione. Ci sono degli ostacoli che evidentemente anche lo stesso contesto emergenziale non è riuscito a superare. Non è un caso, dunque, che nel chiedere dei cantieri futuri sul quale dovranno lavorare le aziende sanitarie ritornano alcuni di quelli già citati in merito al biennio 2020-2021 (Figura 4.5). Si tratta della telemedicina, dei teleconsulti e della presa in carico da parte dello specialista, sui si è probabilmente ancora in fase di implementazione o di diffusione. Il governo della domanda inappropriata, che risulta molto legata a questi ultimi due strumenti, è anch'essa ai primi posti ed è pertanto un cantiere su cui bisogna ancora lavorare per la maggior parte delle aziende. Nella parte medio-alta del ranking figura poi la revisione della logistica dei pazienti e il recupero degli standard di prestazione; si tratta di ambiti di lavoro particolarmente rilevanti per configurare l'attività nella «nuova normalità». Nella parte media della «classifica» dei cantieri per il futuro rientrano anche le assunzioni a tempo indeterminato, un dato coerente con il fatto che per il periodo pandemico si erano sfruttate soprattutto le prestazioni aggiuntive e i contratti a tempo determinato.

Figura 4.5. Aree di lavoro sulle quali le aziende ritengono sarà importante investire nel futuro per governare e contenere le liste e i tempi di attesa, cluster AT e AO



Fonte: rielaborazione degli autori su Rapporto OASI 2021

Box 4.1 Il «Modello Competitivo» di acquisto delle prestazioni dai privati accreditati dell'AUSL Toscana Centro

Con l'obiettivo di incrementare il livello di qualità (sia clinica che del servizio complessivamente offerto) delle prestazioni erogate dalle aziende private accreditate per conto dell'AUSL Toscana Centro, l'azienda ha promosso una nuova modalità di coinvolgimento degli enti accreditati, il cosiddetto «Modello Competitivo». L'azienda ha di fatto ristrutturato il proprio rapporto con gli erogatori privati accreditati: presi accordi con le relative associazioni datoriali per ridurre gradualmente (ma in modo significativo) i budget degli enti accreditati (che dunque passeranno dal 100% del budget 2020 al 50% dello stesso nel 2024), ha messo «a disposizione del cittadino» le risorse risparmiate dal taglio dei budget aprendo al coinvolgimento anche di altri erogatori privati che non siano gli accreditati standard.

In particolare, nel 2020, grazie a una prima fase di riduzione dei budget (-20%), l'AUSL ha dedicato euro 9 milioni circa al finanziamento del «Modello Competitivo»: in altre parole, definito il proprio fabbisogno trimestrale per ciascuna prestazione (ad es. 2200 ecografie addome completo), l'Azienda l'ha comunicato agli enti privati accreditati (non standard che avevano già partecipato a uno specifico bando) i quali hanno inserito nelle proprie agende, confluenti poi nel CUP dell'AUSL, un numero di prestazioni da loro definito. In questo modo, di norma viene messa a disposizione un'offerta da parte di questi enti che è complessivamente molto superiore al fabbisogno stimato e alla domanda espressa. Il cittadino in possesso di una ricetta dematerializzata di primo accesso può dunque concludere la prenotazione sia in autonomia, tramite CUP online, sia chiamando il call-center del CUP, di fatto decidendo dove fruire della prestazione. L'Azienda poi procede a remunerare l'erogatore privato accreditato scelto dal cittadino. Ne consegue che la libera scelta del cittadino viene maggiormente tutelata, gli erogatori più competitivi (con strumentazione più aggiornata, sistemi di accoglienza più forti, sedi più

centrali ecc.) sono maggiormente in grado di attrarre pazienti in regime SSN, mentre quelli meno competitivi «vivono le sfide del libero mercato».

Ad ogni modo, a cinque giorni da ciascuna data, il CUP dell'AUSL Toscana Centro ne chiude le prenotazioni, così da permettere agli erogatori privati di re-immettere le eventuali disponibilità rimaste nel proprio circuito privato, per minimizzare il rischio di sprecare capacità produttiva.

Box 4.2 La separazione dei percorsi di primo accesso e gli accessi successivi dell'AOU Pisana

Nel corso del 2020, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana si è vista impegnata, tra le altre cose, in una revisione organizzativa dei percorsi di accesso: nello specifico l'AOU ha lavorato alla separazione dei percorsi di primo accesso da tutto ciò che riguarda gli accessi successivi e la presa in carico, da un punto di vista sia organizzativo che logistico.

Sono infatti ora presenti due punti centrali del CUP collocati presso i presidi ospedalieri dell'AOU (Ospedale Cisanello e Ospedale Santa Chiara), i quali si occupano di effettuare prenotazioni esclusivamente su agende di primo accesso (che peraltro, nella maggior parte dei casi, sono organizzate con la modalità Open Access). Questi punti centrali del CUP sono situati nell'area di ingresso dei pazienti e costituiti da due sportelli.

Le prestazioni di secondo accesso fanno riferimento a punti fisici del CUP dislocati in prossimità delle piattaforme ambulatoriali di erogazione delle prestazioni. Questi punti sono chiamati «CUP dipartimentali»: si tratta di piccole aree deputate all'accettazione e prenotazione di prestazioni di secondo accesso, che lavorano su agende tendenzialmente aperte 365 giorni all'anno e a scorrimento giornaliero. A titolo di esempio, nella Figura 4.6, è riportata la planimetria dell'Ospedale Cisanello, in cui sono evidenziate le collocazioni dei CUP, centrale e dipartimentali.

Figura 4.6. La collocazione delle diverse tipologie di punti del CUP presso l'Ospedale Cisanello dell'AOU Pisana



Fonte: documentazione di AOU Pisana

L'obiettivo di questa riorganizzazione è quello di raggiungere l'utenza e i professionisti in prossimità dell'accesso all'ospedale e del luogo di erogazione delle prestazioni, per fornirgli un supporto più facilmente identificabile e senza che sia necessario un continuo spostamento fisico all'interno del presidio ospedaliero, che oltre a non essere confortevole, tipicamente genera smarrimento e spreco di tempo.

È interessante notare, infine, come la dematerializzazione e la maggior parte delle leve legate al CUP non risultino tra le leve più citate per il futuro. Un segnale, forse, che l'emergenza ha dato una spinta importante nella direzione di una maggiore digitalizzazione dei processi di prescrizione, prenotazione e centralizzazione dell'attività di allocazione degli slot ambulatoriali. In sintesi, dall'indagine emerge come le aziende abbiano risposto alla sfida di gestire le liste e contenere i tempi di attesa nella pandemia lavorando su un mix di azioni e grazie anche al sostegno delle politiche nazionali e regionali. Alcune di queste trovano continuità con quello che si stava già facendo e quindi sono state un'occasione per accelerare dei processi in atto (ad esempio, la dematerializzazione delle prescrizioni, il potenziamento dei sistemi CUP, la presa in carico da parte degli specialisti, lo sfruttamento degli ambulatori territoriali). Altre, invece, rappresentano delle vere e proprie innovazioni messe in atto in un contesto «dirompente» (ad esempio, telemedicina, teleconsulto MMG-Specialista), ma che devono ancora trovare un compimento e una diffusione ad ampio raggio. Vi sono poi alcuni cantieri storici che sono stati messi in standby e che vengono indicati come da recuperare per il futuro (ad esempio, l'appropriatezza, l'ottimizzazione della logistica dei pazienti, la revisione degli standard di prestazione). Nei paragrafi successivi abbiamo l'opportunità di vedere più nel dettaglio di alcuni casi aziendali per analizzare non solo il «cosa» ma anche il «come» dell'attivazione di alcune leve.

4.3 Il governo dei tempi durante e dopo la crisi nelle aziende sanitarie italiane: un'analisi dei casi aziendali

4.3.1 L'ASL di Bari

L'Azienda Sanitaria Locale Bari è articolata in 12 Distretti Sanitari. All'ASL fa riferimento un bacino di utenza di almeno 1,252,000.00 utenti (abitanti presso la provincia di Bari). I Distretti promuovono attività di educazione alla salute e assicurano i seguenti servizi:

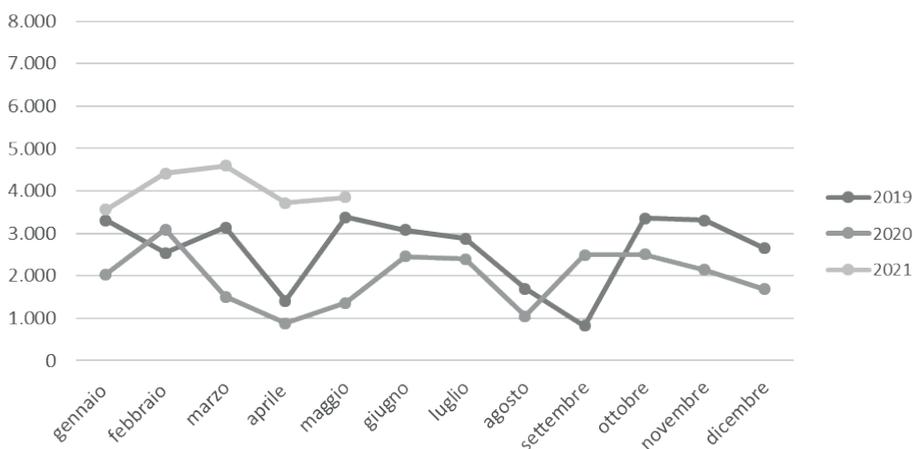
- i servizi di assistenza primaria;
- l'assistenza sanitaria di base, medicina generale e pediatrica, in forma ambulatoriale e domiciliare;
- la continuità assistenziale;
- l'assistenza domiciliare;

- l'assistenza residenziale e semi-residenziale;
- l'assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia, della maternità e della famiglia; l'assistenza specialistica;
- l'informazione e l'assistenza amministrativa ai cittadini per le materie di competenza, ai fini dell'utilizzazione dei vari servizi sanitari e socio-sanitari;
- la prenotazione, tramite gli sportelli CUP, delle prestazioni specialistiche.

Afferiscono all'Azienda Sanitaria Locale Bari 5 ospedali, di cui due situati in Bari città (San Paolo e Di Venere) e gli altri nei comuni della provincia (Altamura, Monopoli, Putignano). Vi sono poi due ospedali collegati, che si trovano a Corato (Ospedale «Umberto I») e a Molfetta («Don Tonino Bello»).

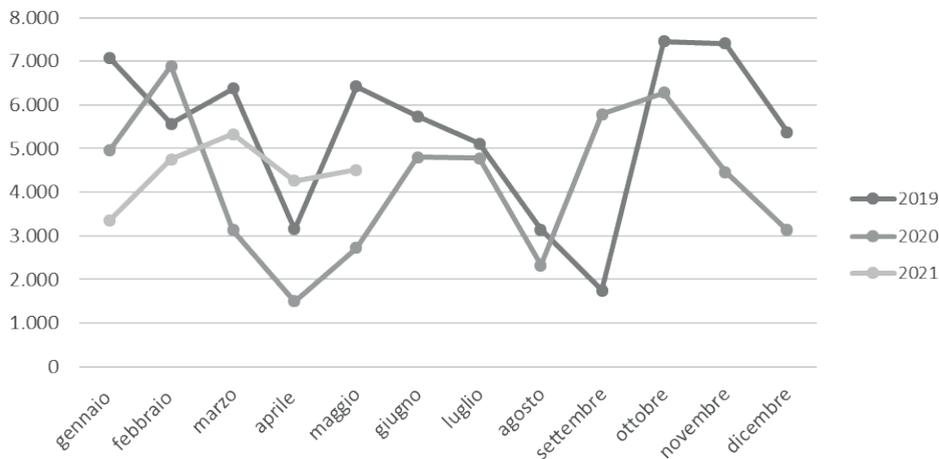
Rispetto al problema del recupero delle prestazioni ambulatoriali a seguito dello shock emergenziale del 2020, l'ASL di Bari ha attivato un importante incremento nelle prestazioni fino alla prima metà del 2021 grazie, in particolare, all'utilizzo delle prestazioni aggiuntive. Al termine del 2020 la ASL era riuscita a recuperare quasi il 90% delle prestazioni sospese, pertanto, nel 2021 si erano dati come principale obiettivo l'abbattimento delle liste di attesa (ancora consistenti per alcune tipologie di prestazioni e classi di priorità). Questi risultati sono testimoniati dall'andamento dei volumi di due prestazioni «traccianti» in ambito cardiologico: la visita e l'elettrocardiogramma (Figura 4.7, Figura 4.8).

Figura 4.7 Andamento mensile dei volumi di erogazione in regime istituzionale della prestazione prima visita cardiologica; ASL Bari, confronto 2019, 2020, 2021 (primi 5 mesi)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati di InnovaPuglia

Figura 4.8 Andamento mensile dei volumi di erogazione in regime istituzionale della prestazione elettrocardiogramma; ASL Bari, confronto 2019, 2020, 2021 (primi 5 mesi)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati di InnovaPuglia

Tuttavia, a partire dalla metà del 2021, il recupero delle prestazioni rallenta per una serie di ragioni contingenti e fisiologiche che possiamo raggruppare in 6 cluster:

- Il primo, la riduzione della capacità produttiva. La dotazione ordinaria è stata erosa in quanto, con la riapertura dei concorsi pubblici nell'emergenza, vi è stata mobilità in uscita verso il Policlinico di Bari da parte dei professionisti. La ASL resta, infatti, meno attrattiva rispetto al centro urbano per via delle sedi c.d. periferiche. Alcune aree sono più colpite di altre in quanto più scoperte già prima dell'emergenza come, ad esempio, il comparto diagnostico (le RMN figurano, infatti, tra le prestazioni più critiche).
- La difficoltà di aggiungere capacità produttiva straordinaria. La maggior parte dell'offerta specialistica è concentrata sui medici territoriali che però sono convenzionati: pertanto risulta difficile chiedere incrementi di produzione, complesso creare coinvolgimento e sinergie con questi stakeholder (ad es. rigidità sui tempi visita nei setting territoriali vs ospedalieri); anche sviluppare protocolli e processi lungo il percorso Ospedale-Territorio-Cure Primarie risulta una pratica difficoltosa. Inoltre, molti professionisti, nel corso della primavera, vengono coinvolti nella campagna vaccinale e quindi temporaneamente indisponibili. A questo si aggiunge una sopraggiunta difficoltà nell'utilizzo delle disponibilità aggiuntive, legata alla riduzione delle tariffe per le prestazioni

aggiuntive a una condizione di demotivazione generalizzata dei professionisti per il prolungamento dello stato di emergenza. Non è però solo una questione di organico di professionisti della salute; l'attuale inquadramento contrattuale del personale amministrativo e che si occupa di erogare servizi presso i presidi sul territorio (ad es. la guardiania) non permette di erogare le prestazioni in fasce orarie e momenti aggiuntivi, come il sabato.

- L'aumento prolungato del tempo di erogazione delle prestazioni finalizzato alla prevenzione dei contagi. Come in tutta Italia i tempi standard di erogazione delle prestazioni si sono dilatati (ad es. la durata delle visite specialistiche è aumentata da 20 a 45 minuti) e hanno avuto un impatto gestionale rilevante non solo in termini di riduzione della produttività ma anche di aumento della discrezionalità e variabilità gestionale. I più virtuosi aggiungono prestazioni in accesso diretto e i meno virtuosi hanno invece più «tempi morti». La ASL ha stimato differenze tra, ad esempio, la produttività dei medici ospedalieri e dei medici convenzionati.
- Decrescita delle tele-visite dopo l'iniziale aumento. Alcune specialità hanno fatto tele-visite di controllo ma lo strumento è stato via via sempre meno utilizzato; solo alcune specialità però proseguono con l'utilizzo di questo tipo di strumento (es. endocrinologia, per controlli in tele-collegamento).
- La mancanza «storica» di una rete strutturata con il Policlinico di Bari. Rimane rilevante anche un tema di governo dell'offerta e della domanda in quanto la relazione con il Policlinico di Bari si riconferma difficile e non sinergica, nonché rimane complessa da gestire quella con il dipartimento di cure primarie e il territorio.
- La dotazione informatica incompleta e frammentata: al momento la dotazione di computer sembra incompleta per garantire l'utilizzo diffuso dei sistemi informativi aziendali (es. per le prescrizioni e prenotazioni da parte degli specialisti per le visite di controllo) e non tutti i dispositivi sono collegati alla rete internet.

Le risposte individuate dalla ASL di Bari al momento si concentrano su vari ambiti. Sul fronte dell'offerta, si è attivata una campagna di reclutamento per aumentare la capacità produttiva strutturale. La direzione sanitarie e il RULA (Responsabile Unico Liste di Attesa) stanno poi lavorando con i dipartimenti per ristrutturare le agende di prenotazione per favorire una maggiore trasparenza e produttività. Molti interventi sono poi volti a un migliore governo della domanda e del comportamento dell'utenza. Vi sono, infatti, alcune prestazioni per cui l'ASL di Bari si trova ad avere un tasso di prescrizione sopra la media regionale. È il caso, ad esempio, delle prescrizioni per elettrocardiogramma (Tabella 4.2).

Tabella 4.2 Confronto intra-aziendale sul tasso di prescrizione per alcune prestazioni cardiologiche (2019)

	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA		ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI		ELETTROCARDIOGRAMMA	
	Numero prescrizioni DEMA per 1000 ab.	Numero prescrizioni tot. per 1000 ab. (stima)	Numero prescrizioni DEMA per 1000 ab.	Numero prescrizioni tot. per 1000 ab. (stima)	Numero prescrizioni DEMA per 1000 ab.	Numero prescrizioni tot. per 1000 ab. (stima)
ASL TARANTO	62	96	40	48	90	117
ASL FOGGIA	47	93	25	34	89	119
ASL LECCE	35	81	20	37	69	151
ASL BARI	54	80	31	43	98	156
ASL BRIDISI	56	80	37	43	107	144
ASL BT	54	76	25	32	102	142

Fonte: stime InnovaPuglia per il progetto Academy SDA Bocconi - Novartis

In primis, verrà riattivato un processo di pulizia delle agende (soprattutto con riferimento alle prestazioni ancora in lista prenotate nel primo semestre 2020).

Tabella 4.3 Percentuali di prestazioni erogate entro i tempi massimi di attesa, per tre prestazioni afferenti alla branca cardiologica, ASL Bari. Confronto tra settimane indice degli anni 2019, 2020, 2021

	Settimana indice 7-11 OTTOBRE 2019				Settimana indice 19-23 OTTOBRE 2020			
	U	B	D	P	U	B	D	P
Prima visita cardiologica	100%	83%	65%	98%	87%	56%	83%	100%
Elettrocardiogramma	100%	80%	88%	99%	89%	75%	99%	99%
Ecocolor Doppler tronchi sovraortici	50%	13%	50%	95%	50%	15%	97%	100%
	Settimana indice 25-29 GENNAIO 2021				Settimana indice 17-21 MAGGIO 2021			
	U	B	D	P	U	B	D	P
Prima visita cardiologica	50%	62%	94%	100%	61%	21%	63%	98%
Elettrocardiogramma	59%	75%	100%	100%	71%	31%	90%	98%
Ecocolor Doppler tronchi sovraortici	50%	80%	100%	100%	0%	26%	93%	90%

Fonte: elaborazione degli autori su dati di InnovaPuglia

Sarà incentivato il lavoro di sinergia con i prescrittori sul tema del buon uso della ricetta dematerializzata, per il quale nel 2019 si era arrivati a circa il 70% delle prescrizioni, sul «bundling» delle prestazioni (ad es. visita cardiologica ed ECG), sull'informazione dell'utenza (ad esempio, in merito alla possibilità di recuperare una prescrizione dematerializzata anche quando il promemoria cartaceo è stato perso, sull'importanza di non generare prescrizioni ripetute o di

cancellare quelle sostituite ecc.). Rispetto al cluster dei malati cronici si sta lavorando sulla trasformazione degli specialisti convenzionati in «case manager» dei malati cronici per la malattia prevalente in modo da responsabilizzarli lungo il percorso dell'utente e ridurre le prescrizioni inappropriate da parte degli MMG. Questo dovrebbe anche creare i presupposti di una maggiore sinergia con il Policlinico di Bari. Infine, per ovviare al problema del no-show e ottimizzare la capacità produttiva a disposizione, sarà re-istituito il servizio di *reminder* telefonico attivo pre-pandemia, poi sospeso.

4.3.2 L'AOU Senese

L'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) Senese ha come bacino d'utenza di riferimento, per le attività di base, circa 120,000 cittadini che abitano nei 17 Comuni della zona Senese. Il bacino di riferimento per le attività specialistiche ammonta a circa 270,000 persone, gli abitanti dell'intera Provincia di Siena.

L'AOU ha come struttura ospedaliera di riferimento l'Ospedale Santa Maria alle Scotte, un complesso ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione che è anche un luogo di insegnamento e di ricerca universitario. L'ospedale si trova a pochi chilometri dal centro della città, è stato costruito a partire dal 1970 e si articola oggi in sette lotti e si sviluppa su una superficie complessiva di 170,000 metri quadrati. L'ospedale dispone di circa 700 posti letto e circa 3,000 dipendenti.

Dal punto di vista del governo e del contenimento dei tempi di attesa per accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche prima dell'emergenza Covid, erano presenti alcune aree considerate in parte critiche, come alcune prestazioni di diagnostica, tra cui le RMN, e alcune viste specialistiche, tra cui le cardiologiche.

Inoltre, l'azienda dedicava grande attenzione al tema dell'attesa per accedere alle prestazioni, pertanto i cantieri di lavoro attivi erano diversi: (i) veniva condotto un costante lavoro di monitoraggio e reporting dei flussi di domanda e offerta; (ii) venivano organizzate di frequente riunioni con i professionisti sanitari dell'AOU per confrontarsi sulle criticità emergenti; (iii) era stato ristrutturato il momento della prenotazione, nelle varie modalità con cui può avere luogo (precedentemente, era emerso come in questa fase, ci fosse spesso confusione tra il canale del primo accesso e quello dei controlli). In particolare, questa ultima progettualità era stata realizzata per mezzo delle seguenti attività:

- un lavoro di studio e pulizia delle agende di prenotazione (per determinare quali di queste andassero chiuse e come far fronte alle oscillazioni della domanda);

- un successivo lavoro di ristrutturazione delle agende di prenotazione (ad es. molte sono state tra loro accorpate per evitare fenomeni di dispersione);
- un lavoro di monitoraggio dell'accesso alla prenotazione (andando a studiare la variabilità generata dalle diverse competenze e gradi di esperienza dell'operatore CUP sulle allocazioni degli slot, i risvolti della prenotazione effettuata da un professionista per una prestazione di controllo, ecc.).

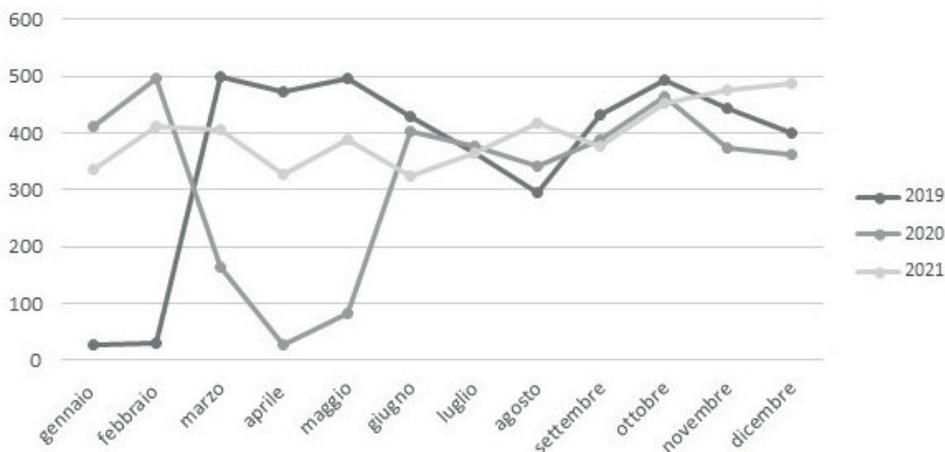
L'arrivo della pandemia ha influito fortemente sulla situazione dei tempi di attesa anche per l'AOU Senese, di fatto dilatandoli. Ciò è avvenuto sia per la sospensione delle attività non urgenti durante la primavera 2020, sia a causa dell'allungamento dei tempi di erogazione (per permettere distanziamento e sanificazione degli ambienti). Infine, anche il fatto che molti professionisti, in diversi momenti nel corso degli ultimi due anni, siano stati assegnati all'espletamento delle attività terapeutiche e assistenziali per i pazienti affetti da Covid-19 ha contribuito a ridurre la capacità produttiva dedicata alle attività ordinarie e dunque a mettere maggiormente sotto pressione le aziende.

Per fare fronte a queste tensioni, l'Azienda ha messo in campo diversi interventi, quali: (i) l'aumento degli slot adibiti all'erogazione dell'attività di specialistica ambulatoriale, (ii) l'estensione degli orari di erogazione, (iii) il ricorso ad attività aggiuntiva, (iv) il potenziamento della produttività (anche grazie all'integrazione di alcune professionalità su determinate tipologie di visite), (v) interventi sulle fonti informative per garantirne l'interoperabilità e il monitoraggio costante dei dati.

In particolare, in merito a questo ultimo punto, i direttori di struttura ricevono periodicamente dei report relativi ai livelli di domanda e la capacità di offerta aziendale, così da promuovere una consapevolezza diffusa dei fenomeni in atto e per essere in grado eventualmente di attivare slot aggiuntivi ad hoc per evitare di non raggiungere i target di attesa prefissati dalla Regione.

Sono state inoltre impiegate anche soluzioni di telemedicina, che si sono rivelate molto utili per erogare determinate prestazioni; tale modalità di erogazione si è rivelata preziosa soprattutto in alcune branche come la psichiatria oppure al fine di risolvere problematiche circoscritte a specifiche prestazioni in particolare sofferenza.

Figura 4.9 Andamento mensile dei volumi di erogazione in regime istituzionale della prestazione prima visita cardiologica; AOU Senese, confronto 2019, 2020, 2021



Fonte: elaborazione degli autori su dati del Gruppo Tecnico Specialistica Ambulatoriale

Figura 4.10 Andamento mensile dei volumi di erogazione in regime istituzionale della prestazione elettrocardiogramma; AOU Senese, confronto 2019, 2020, 2021



Fonte: elaborazione degli autori su dati del Gruppo Tecnico Specialistica Ambulatoriale

Nel corso del 2021, gli effetti della pandemia hanno continuato ad influenzare l'operatività aziendale in modo significativo: è rimasto infatti aperto e operativo il reparto Covid, che necessariamente richiama risorse da altre specialità (alcune delle quali soffrono maggiormente di questo dirottamento, come la pneumologia ad esempio).

A ciò si aggiunge il fatto che, sebbene le azioni di recupero dell'attività introdotte abbiano registrato esiti positivi, si stanno manifestando due tipologie di fenomeni che è bene tenere in considerazione. Da un lato, cresce il livello di stanchezza del personale sanitario dell'azienda, dall'altro, a partire da settembre 2021 l'azienda sanitaria (come del resto l'intera regione) ha assistito ad un significativo aumento nelle richieste (prescrizioni e prenotazioni), seppur con notevoli oscillazioni giornaliere, che rendono più complesso il lavoro di programmazione e di allineamento tra domanda e offerta (Figura 4.11). Alcune prestazioni specialistiche (come la visita cardiologica) ancora a inizio 2022 continuano a fare esperienza di un importante incremento di domanda, che è verosimilmente legato alle ripercussioni dell'emergenza Covid.

Figura 4.11 Andamento dei volumi di prescrizioni per le prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio da PRGLA per quindicina di prescrizione. Area Senese, Anno 2020-2021-2022



Fonte: Cruscotto di Regione Toscana «Monitoraggio Attività Specialistica Ambulatoriale Regionale- Piano Regionale Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021»

In particolare, l'AOU Senese ha riscontrato negli ultimi mesi una crescita significativa nei volumi di richieste per prestazioni di diagnostica (soprattutto in alcuni ambiti), ma anche per alcune tipologie di visite specialistiche (che ora vedono volumi di domanda settimanali molto più alti rispetto ai livelli pre-emergenza). In alcune casistiche e aree, i picchi di prescrizioni mettono parzialmente

in difficoltà gli sforzi di recupero dell'attività, in quanto non sempre l'offerta è in grado di fare fronte alla domanda (Tabella 4.4). Si rende pertanto necessario, in questi casi, il ricorso a prestazioni aggiuntive sia in regime istituzionale che di libera professione intramoenia.

Per fare fronte all'attuale situazione ancora sfidante e dinamica, l'AOU Senese si sta avvalendo di un monitoraggio giornaliero dei volumi di domanda e offerta, che gli permette di prendere decisioni operative in tempo reale.

Tabella 4.4 Rispetto dei tempi di attesa nazionali e regionali per tre prestazioni cardiologiche, AOU Senese. Confronto 2019- 2020- 2021- 2022

	Tempi massimi Piano Reg.	16-31 OTTOBRE 2019		16-31 OTTOBRE 2020		16-31 OTTOBRE 2021		1-15 FEBBRAIO 2022	
		% entro tempi regionali	% entro tempi nazionali	% entro tempi regionali	% entro tempi nazionali	% entro tempi regionali	% entro tempi nazionali	% entro tempi regionali	% entro tempi nazionali
Prima visita cardiologica	15	100%	100%	100%	100%	48%	100%	46%	98%
Elettrocardiogramma	30	99%	99%	99%	99%	100%	100%	99%	99%
Ecocolordoppler tronchi sovraortici	60	58%	58%	100%	100%	23%	23%	45%	45%

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Gruppo Tecnico Specialistica Ambulatoriale

Pensando al futuro dell'azienda e anche ai relativi processi operativi, in qualche modo connessi al tema dell'attesa per accedere alle prestazioni, i vertici aziendali dichiarano che le sfide più rilevanti per il futuro dell'AOU Senese in ambito di governo delle liste e dei tempi di attesa riguarderanno prevalentemente:

1. il mantenimento delle buone performance raggiunte, peraltro positive sui tempi di attesa da diverso tempo;
2. la ricerca di un percorso di miglioramento nelle aree in cui si verificano ancora fenomeni di sofferenza, quali ad esempio la gastroenterologia e la radiologia dove continua ad esserci carenza di professionisti;
3. il raggiungimento di maggiori e più forti forme di integrazione e sintonia con il territorio, per assicurare che le prestazioni di secondo e terzo livello erogate presso l'AOU non vadano in sofferenza (l'AOU garantisce tutte le prestazioni di primo livello per l'intera provincia di Siena),
4. nonché proseguire con l'individuazione e sperimentazione di altre soluzioni, come la telemedicina.

4.3.3 L'ASL Salerno

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno costituisce il punto di riferimento per un bacino di utenza di circa 1,099 milioni di utenti, che risiedono presso i 158 Comuni della provincia di Salerno.

L'azienda è organizzata su 13 Distretti Sanitari, a cui sono affidate due principali funzioni: (i) accoglienza e informazione, (ii) adozione di percorsi di cura ed assistenza tra loro in continuità e integrazione (afferenti alle aree dei servizi sociali, servizi sociosanitari, servizi sanitari territoriali e servizi sanitari ospedalieri).

All'ASL Salerno afferiscono i seguenti 7 presidi ospedalieri:

- DEA 1° livello Nocera – Pagani - Scafati
- DEA 1° livello Eboli – Battipaglia, Roccadaspide
- Presidio Ospedaliero «San Luca», Vallo della Lucania
- Presidio Ospedaliero «Villa Malta», Sarno
- Presidio Ospedaliero «San Francesco d'Assisi», Oliveto Citra
- Presidio Ospedaliero «Dell'Immacolata», Sapri
- Presidio Ospedaliero «Luigi Curto», Polla

Anche l'ASL Salerno, come del resto la Campania e l'intero SSN, è stata investita dall'emergenza Covid che ha determinato, tra le altre cose, la sospensione delle prestazioni non urgenti (salvo eccezioni) per gran parte del periodo compreso tra marzo e maggio 2020 e successive riduzioni dei volumi di attività in corrispondenza dell'aumentare dei contagi nelle successive «ondate». Dopo questo primo periodo di sospensione, la ripresa delle attività per le aziende campane è stata gradualmente introdotta insieme ad accorgimenti legati alla sicurezza degli operatori e alla tutela della salute dei pazienti.

Un piano operativo regionale contenente misure per il recupero delle liste d'attesa era già stato predisposto ma la «seconda ondata» iniziata in Regione già a settembre 2020 ha rallentato ulteriormente l'adozione di questo piano. Tra le criticità principali che si sono riscontrate nell'intero SSR, e dunque anche presso l'ASL Salerno, e che impattano ancora oggi sulla gestione dell'emergenza e, in prospettiva, sulla gestione dei tempi d'attesa, vi è senza dubbio la carenza di personale.

Presso l'ASL Salerno la sopracitata sospensione delle prestazioni ha interessato prevalentemente le classi di priorità D e P e le prestazioni di controllo. Facendo un approfondimento specifico, rispetto al 2019 sono state riscontrate maggiori difficoltà in termini di contenimento dei tempi di attesa sull'area delle prestazioni strumentali: in particolare, quella delle endoscopie (gastroscopie e colonscopie) e della radiologia diagnostica (TAC e RMN).

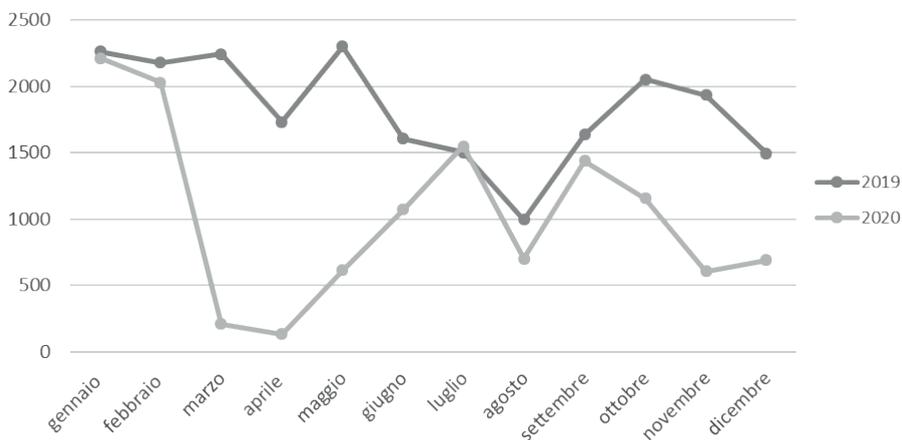
La richiesta di prestazioni è complessivamente diminuita, come testimonia il passaggio da una media giornaliera di 2.000 telefonate al CUP del 2019 a una media di circa 700 al giorno nei periodi di maggiore intensità dell'emergenza pandemica, segnale del fatto che probabilmente molti cittadini hanno preferito rinviare, quando possibile, il ricorso alle prestazioni presso i presidi fisici dell'azienda.

Per fornire maggiore concretezza a queste evidenze, si è scelto di approfondire i dati relativi alla branca cardiologica degli anni 2019 e al 2020. Da questa analisi emerge come vi sia stata una significativa riduzione (tra i due anni), pari al 47% del volume di prenotazioni effettuate, che trova riscontro anche nel calo dei volumi di prestazioni erogate (-41% rispetto al 2019).

Effettuando inoltre un carotaggio sulle tipologie di prestazioni, sempre in area cardiologica e sempre confrontando l'anno 2020 con il 2019, è possibile individuare come la riduzione si sia distribuita fra di esse. È possibile notare come le prestazioni con maggiori volumi (tra le quali, ad esempio, l'elettrocardiogramma, la prima visita cardiologica, le visite di controllo) facciano registrare riduzioni del numero di prenotazioni nell'ordine del 46-48% e di prestazioni erogate nell'ordine del 42-43%.

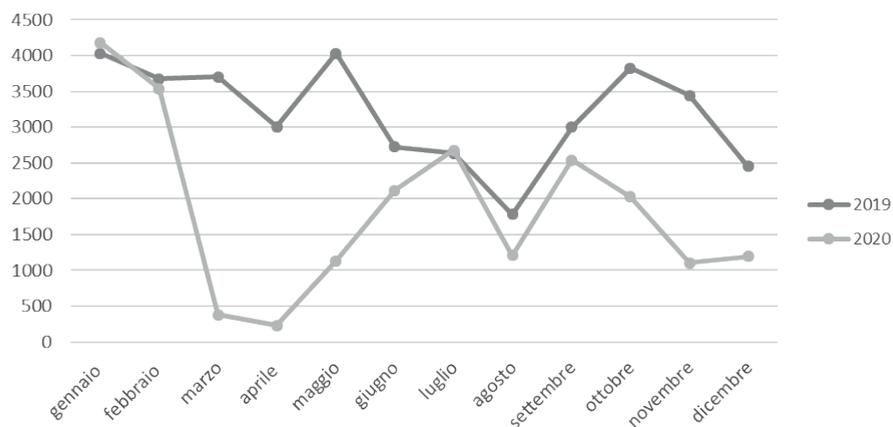
Oltre ai numeri complessivi, è interessante analizzare l'andamento nel tempo dei volumi di prestazioni erogate, al fine di comprendere se ci sia stato lo spazio (soprattutto in quei periodi in cui il numero di contagi da Covid-19 è stato più contenuto con minor pressione sulle aziende sanitarie) per recuperare in tutto o in parte il gap che si è creato. I dati relativi alle prime visite cardiologiche ed elettrocardiogramma (due tipologie di prestazioni che per l'ASL di Salerno presentano volumi consistenti) mostrano come sia stato possibile recuperare una parte delle prestazioni accumulate nel corso dei mesi più difficili dell'emergenza Covid. Tuttavia, quasi mai il gap è stato veramente ridotto, in altre parole non è stato quasi mai possibile raggiungere volumi di prestazioni superiori a quelli dell'anno precedente.

Figura 4.12 Andamento mensile dei volumi di erogazione in regime istituzionale della prestazione prima visita cardiologica; ASL Salerno, confronto 2019, 2020



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ASL Salerno

Figura 4.13 Andamento mensile dei volumi di erogazione in regime istituzionale della prestazione elettrocardiogramma; ASL Salerno, confronto 2019, 2020

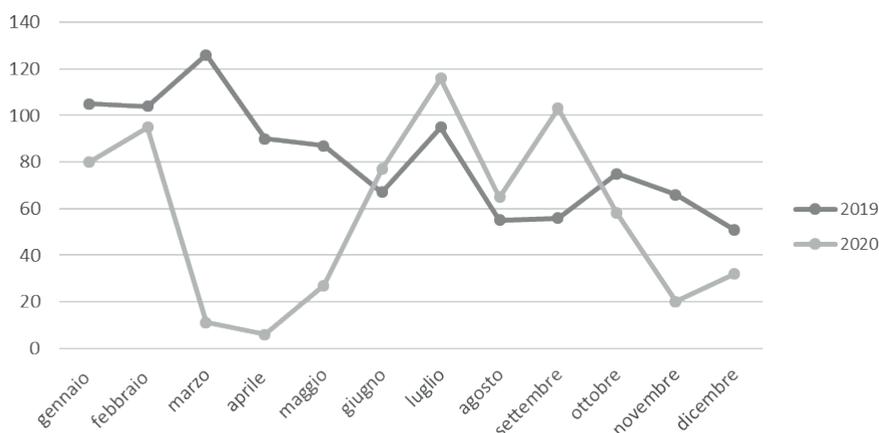


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ASL Salerno

Costituisce un'eccezione in tal senso il caso delle prime visite di chirurgia cardiovascolare, area nella quale, in particolare a partire dai mesi estivi del 2020, è stato possibile un consistente recupero e incremento nei volumi di visite erogate.

Si segnala però come per questo tipo di prestazioni i volumi complessivi di partenza siano molto contenuti.

Figura 4.14 Andamento mensile dei volumi di erogazione in regime istituzionale della prestazione prima visita di chirurgia vascolare; ASL Salerno, confronto 2019, 2020



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ASL Salerno

Questi dati, pur rappresentando solo una parte limitata dei fenomeni che hanno interessato l'ASL di Salerno nel periodo preso in esame, segnalano come sia difficile per il management delle aziende riuscire a organizzare l'erogazione dei servizi in modo ancor più efficiente ed efficace di quanto avvenisse prima della pandemia: di fatto il personale a disposizione non è variato in modo significativo, innanzitutto poiché eventuali innesti di personale (in modo permanente o temporaneo) sono stati indirizzati prioritariamente alla gestione dei pazienti Covid-19; in secondo luogo, bisogna ricordare come l'erogazione dei servizi avvenga oggi seguendo protocolli che prevedono restrizioni nell'utilizzo degli spazi e tempi più lunghi per lo svolgimento delle prestazioni rispetto al periodo pre-pandemico, il che può avere ricadute anche sui tempi di attesa.

Un ultimo aspetto che vale la pena approfondire, sulla base dei dati disponibili per l'ASL di Salerno riguarda l'appropriatezza. Ogni considerazione, infatti, sulla variazione delle dinamiche di domanda e offerta dovrebbe essere sempre accompagnata da riflessioni sul grado di appropriatezza delle stesse. Da questo punto di vista il confronto relativo alla distribuzione, tra 2020 e 2019, tra prime visite e visite di controllo cardiologiche erogate dimostra una distribuzione rimasta pressoché invariata nei due anni: le prime visite rappresentano il 53/54% del totale, a fronte di un contributo delle visite di controllo che pesa tra il 46 e il 47% dei volumi complessivi.

In conclusione, vale la pena domandarsi come le dinamiche fin qui descritte sulla variazione dei volumi di prenotazioni e prestazioni erogate abbiano avuto effetti sui tempi di attesa registrati dall'ASL di Salerno (Tabella 4.5). La situazione che emerge dal confronto delle percentuali di prestazioni erogate entro i tempi massimi di attesa (per tre prestazioni afferenti alla branca cardiologica, di cui si erogano volumi consistenti) sembra testimoniare un generale quadro di tenuta sui tempi, confermato anche per il 2020 e 2021, sebbene si riescano a cogliere alcuni segnali dell'impatto della pandemia e dei nuovi standard di operatività che ne sono derivati.

Tabella 4.5 Percentuali di prestazioni erogate entro i tempi massimi di attesa, per tre prestazioni afferenti alla branca cardiologica, ASL Salerno. Confronto tra settimane indice degli anni 2019, 2020, 2021

	Settimana indice DICEMBRE 2019				Settimana indice DICEMBRE 2020				Settimana indice DICEMBRE 2021			
	U	B	D	P	U	B	D	P	U	B	D	P
Prima visita cardiologica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	93%	71%	100%	100%
Elettrocardiogramma	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	85%	91%	100%
Eocolor-doppler tronchi sovraortici	100%	N.A.	100%	100%	N.A.	N.A.	100%	100%	N.A.	N.A.	100%	98%

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ASL Salerno

A partire da questo quadro, per fare fronte alle sfide del futuro, l'ASL Salerno intende investire su diverse aree di lavoro che, una volta sviluppate e consolidate, consentiranno all'azienda un ancor più efficace governo dei tempi di attesa per accedere alle prestazioni ambulatoriali. Tra queste figurano: (i) l'adozione di un sistema di monitoraggio che, utilizzato in maniera ricorrente ed estensiva, consenta, da un lato, l'individuazione delle prestazioni fisiologicamente più critiche e, dall'altro, una rapida individuazione di eventuali aree di sofferenza estemporanee, che possano così essere affrontate con interventi mirati e tempestivi; (ii) in stretto collegamento con il punto precedente, la sistematizzazione delle attività di analisi dei dati e di *benchmarking* interaziendale; (iii) la ricostruzione di una rappresentazione aggiornata e dinamica della capacità produttiva a disposizione, dei relativi punti di forza e di fragilità; (iv) l'implementazione di percorsi e flussi logistici dei pazienti più snelli e flessibili.

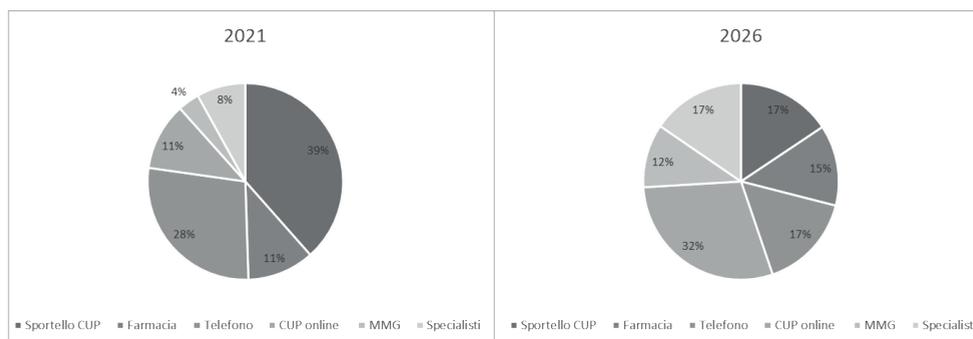
5. I Sistemi CUP come perno centrale: modelli, trasformazioni e innovazioni

di Paola Roberta Boscolo, Lorenzo Fenech, Laura Giudice, Andrea Rotolo

5.1 Sistemi CUP in movimento: oggetto, contesto e obiettivi di analisi

Dall'indagine ai direttori sanitari illustrata nel capitolo precedente è emerso come il CUP abbia giocato un ruolo fondamentale nel governo delle liste di attesa e come l'emergenza abbia contribuito ad accelerare alcune trasformazioni in atto. Da una parte, è stato sottolineato che le piattaforme CUP in back-office sono state potenziate in termini di visibilità delle agende e integrazione dell'offerta a sistema. Dall'altra, si sono riconfigurati i processi di prenotazione e accesso in front-office, al punto che si immagina una significativa modifica dei canali prevalenti di accesso al CUP (Figura 5.1).

Figura 5.1 Il mix dei canali di prenotazione: aspettative di cambiamento in 5 anni



Fonte: rielaborazione degli autori su OASI 2021

Con il progetto Academy SDA Bocconi - Novartis abbiamo potuto seguire da vicino le trasformazioni dei Sistemi CUP di Regione Campania, Puglia e Toscana in modo da poter tracciare il loro percorso evolutivo e le innovazioni.

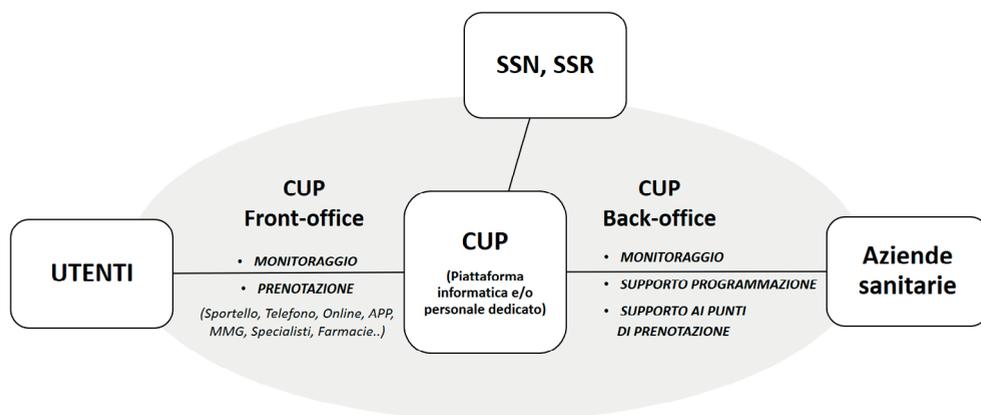
Prima di entrare nel merito di questi casi studio, vale la pena riprendere alcune definizioni per inquadrare l'oggetto di indagine. Il punto di partenza non può che essere la definizione più recente rilasciata dal Ministero, secondo cui il Centro Unico di Prenotazione, CUP è un «sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa» (Piano Nazionale sul Governo delle Liste di Attesa 2019).

Da questa definizione emergono tre elementi fondamentali, quali: (i) il CUP come sistema articolato di servizi, (ii) le sue funzioni e (iii) l'indicazione per un coinvolgimento proattivo nei processi caratteristici aziendali.

Con riferimento al primo punto, il CUP potrebbe essere interpretato come un vero e proprio «ecosistema di servizi» interconnessi tra loro, che potremmo enucleare come segue (Figura 5.2):

- I servizi di front-office: gestione del servizio di prenotazione
- I servizi di back office:
 - Raccolta e rappresentazione dell'offerta (piattaforma informatica)
 - Supporto alla gestione e programmazione dell'offerta aziendale (definizione degli standard, suggerimenti sull'allocazione degli slot, ecc.)
 - Monitoraggio della domanda e dell'offerta per il supporto alla programmazione aziendale e regionale

Naturalmente l'«eco-sistema» sarà tanto più efficiente ed efficace quanto lo saranno i singoli servizi e quanto più questi saranno sincronizzati. Ecco, dunque, che il servizio di prenotazione all'utente fornirà un'esperienza tanto più agile e veloce quanto più saranno sviluppati ed estesi i canali di prenotazione, ma dipenderà anche dal grado di visibilità delle informazioni sulla piattaforma, dalle disponibilità dei dipartimenti aziendali, dalla capacità di monitorare e quindi di programmare da parte di aziende e regioni. Il legislatore sembra esserne pienamente consapevole in quanto individua nella «centralizzazione» dei servizi e nella rappresentazione dell'«intera offerta» due cardini fondamentali di buon funzionamento.

Figura 5.2: Il CUP come ecosistema di attori e di servizi

Fonte: elaborazione degli autori

In una ricognizione fatta dal Ministero e dall'allora ASSR (oggi AGENAS) nel 2005 era emerso, in realtà, un quadro di grande frammentazione e disomogeneità all'interno degli stessi SSR. In molti casi, ciascuna azienda aveva un proprio sistema CUP che non «comunicava» con quello delle aziende adiacenti o attigue (addirittura anche tra le ASL e i loro Ospedali). Questo comportava, da un lato, una frammentazione e disomogeneità sul lato delle iniziative per la diffusione dei punti di accesso (MMG, farmacie, CUP aziendali, online, ecc). Dal lato della rappresentazione dell'offerta, 17 regioni dichiaravano di vedere più del 50% dell'offerta e 5 meno di questa soglia, già di per sé relativamente bassa.

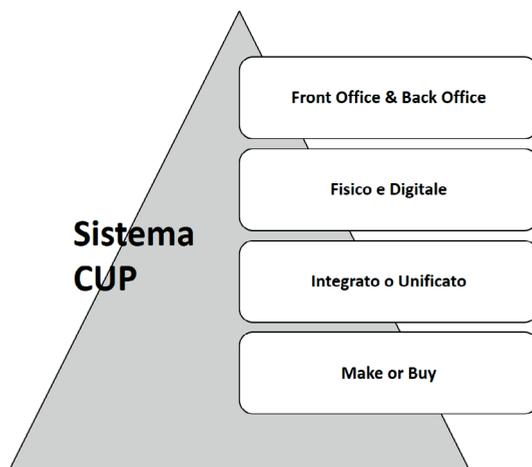
Nelle linee guida del 2009 il Ministero sottolinea l'importanza di volgere verso soluzioni di CUP interaziendali per rendere disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in «circularità», cioè tramite tutti i punti d'accesso del Sistema CUP, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda Sanitaria, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto per quella tipologia di prestazione per i propri assistiti. Si tratta delle soluzioni di CUP Unificato o di CUP Integrato a livello regionale. Nel primo caso i CUP aziendali confluiscono in un unico strumento sia per i servizi in front-office sia per le attività in back-office. Nel secondo, i CUP aziendali mantengono la loro autonomia ma devono interfacciarsi con un modulo «orchestratore», una sorta di sovra-CUP che gestisce le richieste di prenotazione da parte dei singoli CUP e restituisce le disponibilità sull'ambito territoriale di garanzia.

La visione del CUP invocata a più riprese dal Ministero ingloba, in pratica, la digitalizzazione, l'integrazione, l'uniformazione e la centralizzazione. A questo si aggiunge, nell'ultima definizione del 2019, la necessità di passare da una postura di CUP esecutore di operazioni a un CUP proattivo rispetto al funzionamento dei sistemi aziendali e regionali. Dall'indicazione di «supportare la

modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini» alla formulazione e individuazione delle «informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa».

Alcuni aspetti che non sono però del tutto chiariti nel «to be» secondo il Ministero e che quindi lasciano spazi alla discrezionalità dei singoli SSR riguardano la governance e l'organizzazione del Sistema CUP. Si tratta della decisione di quali attori sono coinvolti, del chi fa che cosa, quali servizi esternalizzare, secondo quale sistema di responsabilità. Ad esempio, se e quanto esternalizzare la gestione della piattaforma informatica, se e come esternalizzare il call-center telefonico, come governare a quel punto le interdipendenze tra il soggetto «gestore» delle prenotazioni e della piattaforma, la regione e le aziende sono aspetti che evidentemente non sono intesi come così rilevanti, o perlomeno altrettanto rilevanti o standardizzabili quanto quelli finora esplicitati, per il buon funzionamento dei sistemi CUP. Si tratta, però, di questioni spesso dirimenti che chi si trova sul campo deve poi affrontare e che abbiamo provato a cogliere nei gli approfondimenti regionali. Nel fare l'identikit dei CUP regionali si prenderà quindi in considerazione sia la prospettiva del CUP come «ecosistema di servizi», sia quella del suo impianto tecnico-organizzativo (Integrato-Unificato), e che quella più di governance (Figura 5.3).

Figura 5.3 Le dimensioni costitutive dei Sistemi CUP e prospettive di indagine



Fonte: elaborazione degli autori

Dato il contesto emergenziale e dinamico che stiamo vivendo in questi anni, l'obiettivo del presente capitolo è cogliere l'impatto dell'emergenza sui percorsi

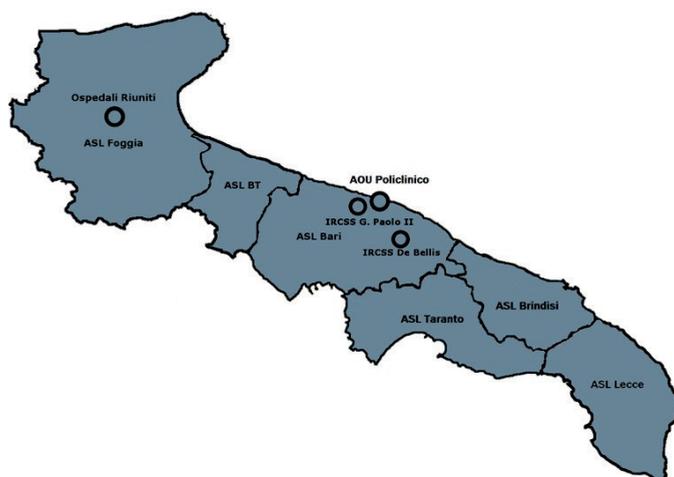
evolutivi dei CUP e le traiettorie future di questo importante perno della gestione dei tempi delle liste di attesa. Quali cantieri di lavoro hanno subito un'accelerazione per far fronte all'emergenza? Quali cantieri sono stati «aperti» del tutto? Quali sono stati rallentati dal Covid e vanno ora recuperati? Quali prospettive per il futuro?

5.2 Modelli, trasformazioni e innovazioni

5.2.1 Il Sistema CUP in Puglia

Prima dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il CUP della Puglia si presentava secondo il modello di CUP Federato (o «integrato»), secondo il quale i CUP aziendali, a valenza provinciale o più ampia, si interfacciano con un modulo cosiddetto «orchestratore» in carico alla società *in house* regionale, InnovaPuglia SpA, che gestisce le richieste di prenotazione restituendo a ciascun CUP richiedente i dati afferenti alle diverse realtà aziendali. Questo modello è stato scelto e adottato dalla Regione Puglia in quanto presenta diversi vantaggi garantendo, da un lato, una significativa autonomia gestionale alle aziende in merito agli applicativi, la gestione dei dati, i modelli organizzativi da adottare per l'offerta, ecc. e, dall'altro, la realizzazione di un CUP unico, trasparente e accessibile dagli utilizzatori dell'applicativo CUP Aziendale, che permette dunque di evitare di dover formare il personale su un nuovo applicativo regionale. Infine, questo modello consente di trasferire al CUP federato regionale la gestione di particolari funzionalità in tema di prenotazione che sono di interesse regionale, altrimenti difficilmente gestibili direttamente dagli applicativi aziendali.

Il sistema di prenotazione federato (chiamato «e-CUP Puglia»), che era stato attivato in via sperimentale nella primavera del 2017, a fine 2019 vedeva a sé collegate tutte le Aziende Sanitarie Locali eccetto l'ASL Lecce, le due Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU Policlinico di Bari e AOUs Ospedali Riuniti di Foggia) e l'IRCCS De Bellis di Castellana Grotte. A dicembre 2019 e a dicembre 2020 sono entrati a far parte della federazione, rispettivamente, il CUP dell'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari e il CUP dell'ASL Lecce, completando, così, la copertura di tutte le aziende sanitarie pubbliche regionali (Figura 5.4). Nel quarto trimestre del 2021 sono stati poi inclusi anche i CUP dell'EE Casa Sollievo della Sofferenza (San Giovanni Rotondo) e dell'EE Panico (Tricase), sebbene solo transitoriamente, avendo i due enti la necessità di riorganizzare le agende proprio in virtù dell'introduzione della prenotazione federata.

Figura 5.4. Copertura territoriale dell'e-CUP Puglia, dicembre 2020

Fonte: sito PugliaSalute

Ognuna delle sei Aziende Sanitarie Locali (ASL) presenti in Puglia dispone di una propria piattaforma CUP aziendale deputata alla prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale tramite cui vengono gestite a livello provinciale le agende delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate. I CUP Aziendali mantengono una propria specificità e autonomia pur condividendo lo stesso fornitore di servizi informatici, a riprova di quanto possa essere complesso standardizzare prassi e processi sedimentati nel tempo. Anche le due Aziende Ospedaliere Universitarie dispongono di un proprio CUP aziendale autonomo, ma sono presenti degli accordi con le ASL di riferimento per la condivisione degli applicativi di prenotazione (ad esempio, gli operatori del CUP dell'ASL Bari hanno la possibilità di prenotare prestazioni da erogare presso l'AOU Policlinico di Bari e viceversa).

Come detto, questi sopracitati CUP aziendali sono in parte integrati nel CUP federato regionale, e-CUP Puglia. Nei primi anni di sperimentazione, non tutte le agende di prenotazione erano però ad esso collegate e da esso visibili. Il grado di condivisione delle agende era a discrezione delle Aziende che decidevano, sotto la supervisione regionale, quali e quante agende integrare a CUP (e con quali regole). Inoltre, le prestazioni inizialmente presenti nel sistema di prenotazione federato regionale erano quelle oggetto di monitoraggio, come da Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Non vi era, dunque, solo una questione di quali e quante aziende fossero «federate», ma anche di quali prestazioni. A partire da marzo 2020, a seguito dell'emanazione del Decreto 20 agosto 2019 «Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei

tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie», si è andato progressivamente estendendo l'insieme delle prestazioni specialistiche ambulatoriali prenotabili in federazione, fino a comprenderle praticamente tutte, sia quelle di primo accesso sia quelle di controllo, fatta eccezione per le prestazioni di laboratorio e per le prestazioni di primo accesso con priorità U. Anche le prestazioni erogate nell'ambito dell'ALPI sono prenotabili in federazione.

Per queste prestazioni è disponibile un portale unico dedicato del Servizio Sanitario Regionale pugliese, PugliaSalute, che intende rappresentare «la porta di accesso unica ai servizi informativi ed interattivi del SSR pugliese». Su questo portale è presente una sezione regionale ma sono lì accessibili anche i siti istituzionali di tutte le aziende pubbliche pugliesi. Nella sezione dedicata ai servizi online erano già disponibili nel 2019 anche i servizi di (i) prenotazione delle prestazioni specialistiche (in regime istituzionale, con ricetta rossa o dematerializzata), (ii) disdetta prenotazioni e (iii) pagamento ticket. Era già attiva e funzionante anche l'app PugliaSalute tramite cui è possibile prenotare, disdire e pagare il ticket.

Tabella 5.1 Il CUP delle aziende pugliesi dal punto di vista del cittadino-utente: canali di accesso disponibili al 2019

Canale	Livello di sviluppo <i>(non disponibile, in corso di implementazione, consolidato)</i>	Dettagli
CUP – NUMERO TELEFONICO	Consolidato	
CUP – SPORTELLO FISICO	Consolidato	
CUP – PORTALE DI PRENOTAZIONE WEB	Consolidato	Ogni azienda ha deciso quali prestazioni siano prenotabili online, da sito web «Puglia Salute»
CUP – APP «PUGLIA SALUTE»	Consolidato	Ogni azienda ha deciso quali prestazioni siano prenotabili online, da app «APP Puglia Salute»
FARMACIE SU CUP REGIONALE	In corso di implementazione	«FARMACUP»
MMG	In corso di implementazione in alcune aziende	

Da un punto di vista operativo, nel 2019, la Regione Puglia si era dunque posta alcuni obiettivi funzionali a un'efficiente ed efficace implementazione del e-CUP Puglia, quali: (i) il collegamento e l'integrazione a CUP Federato delle aziende

mancanti, in primo luogo; (ii) il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica sottostante sia i CUP aziendali, sia l'e-CUP Puglia; (iii) l'ulteriore sviluppo di strumenti e metodiche di monitoraggio dei dati inerenti il tema dell'accesso alle prestazioni; (iv) un maggiore sviluppo delle regole relative al collegamento con il CUP federato; (v) l'individuazione e integrazione a CUP federato di eventuali agende di prenotazione non collegate.

Inoltre, tra gli obiettivi più ambiziosi definiti dalla Regione figurava in primis la possibilità di attivare la prenotazione federata per prestazioni afferenti a una determinata rete di patologia e la realizzazione di una efficace integrazione tra il sito web omnicomprensivo PugliaSalute e il CUP regionale federato, così da permettere al cittadino di poter fare riferimento a un unico sito per tutto ciò che concerne la propria salute²⁵.

In questo contesto, la pandemia sembra aver accelerato alcuni processi in quanto si è reso necessario superare alcuni vecchi ostacoli per far fronte alle nuove sfide. In alcuni casi si sono sbloccate delle vere e proprie precondizioni per una effettiva integrazione. Si tratta, ad esempio, della omogeneizzazione dei nomenclatori utilizzati per codificare le prestazioni che ha richiesto un lavoro di coordinamento tra aziende sanitarie, aziende fornitrici delle piattaforme informatiche, regione e CUP «orchestratore» (InnovaPuglia). È possibile, inoltre, che l'urgenza abbia spinto le aziende rimaste fuori dal circuito a federarsi per coordinarsi nella gestione dell'emergenza. È stata, infatti, completata l'integrazione di tutte le aziende pubbliche della regione nella federazione. Un'altra importante spinta al cambiamento è da ricercare nei processi di digitalizzazione. Da una parte, sono aumentate le prescrizioni dematerializzate, arrivate a circa l'80% del totale. Sul fronte delle prenotazioni, è aumentata la multi-canalità in generale, con un maggiore utilizzo sia delle prenotazioni online che delle farmacie.

Arrivati a questo punto, nel breve periodo si prevede di continuare a lavorare per integrare tutte le prestazioni nella federazione. Inoltre, l'elevata quota di dematerializzazione permetterà di attivare dei processi di analisi e monitoraggio automatico dell'appropriatezza e della concordanza delle prescrizioni con i criteri RAO. Nel medio-lungo periodo, non è escluso che i passi avanti fatti nel processo di federazione non siano che la base per concretizzare un processo di vera e propria unificazione del CUP a livello regionale.

²⁵ Fonte: ALLEGATO A03 «Descrizione sintetica delle attività programmate e relativo cronogramma per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (articolo 1, comma 510, Legge 30 dicembre 2018, n. 145)», 28.11.2019.

5.2.2 Il Sistema CUP in Campania

Il sistema di prenotazione e accesso alle prestazioni in Campania, prima dell'avvento di Covid-19, risultava già strutturato a livello aziendale per quanto riguarda i canali di accesso più «tradizionali», quali la linea telefonica e lo sportello fisico del CUP; erano stati individuati significativi margini di miglioramento sia sull'attivazione degli altri canali (ad esempio, quelli digitali) e, soprattutto, sulla capacità di unificare e integrare i vari sistemi aziendali (con tutti gli erogatori e le relative agende) in un unico CUP di riferimento per l'intero SSR.

Grazie a una corposa attività di ricognizione condotta dalla Regione con il supporto di So.Re.Sa S.p.A. proprio nel corso del 2019 per ricostruirne l'*as is*, è stato possibile apprendere come nella maggior parte delle aziende sanitarie (in particolar modo, in quelle di grandi dimensioni) fossero presenti *best practice* relative alla gestione delle liste di attesa, come l'impiego di *recall* per contenere il tasso di caduta (attivo in 13 aziende sulle 17 totali) e l'istituzione della figura di Responsabile Aziendale del Servizio CUP (presente in tutte e 17 le aziende). Oltre il 50% delle aziende campane (9 aziende su 17, nello specifico) avevano attivato canali di prenotazione digitali (via web o app), la metà avevano avviato iniziative di prenotazione via web presso le farmacie (8 aziende su 17) e oltre la metà delle aziende sanitarie territoriali erano riuscite a coinvolgere gli MMG nei processi di prenotazione (5 ASL su 7). Rimanevano invece ancora poco integrati nei sistemi CUP aziendali gli erogatori privati accreditati, con le relative agende.

Il sistema di accesso e gestione delle prenotazioni in Campania presentava dunque significative opportunità di miglioramento ed era caratterizzato da una significativa frammentazione e decentralizzazione, a causa dell'assenza di un CUP regionale.

Pertanto, a novembre 2019, la Regione si è posta l'obiettivo strategico di procedere con un percorso di evoluzione del sistema verso un unico sistema CUP regionale; era allora stato previsto che gli obiettivi connessi a tale percorso fossero da portare a termine entro la fine del 2020. Era stata ravvisata la necessità di intraprendere tale percorso, peraltro in linea con le indicazioni contenute nel PNGLA, per consentire al SSR Campano di essere maggiormente in grado di rispondere alle esigenze dei cittadini, potenziandone la prossimità con gli stessi, l'efficienza e l'efficacia nel raggiungimento dei risultati e l'economicità della gestione dell'offerta sanitaria (contenimento dei tempi di attesa, migliore coordinamento tra domanda e offerta, accrescimento della *customer satisfaction*).

Tabella 5.2. Il CUP delle aziende campane dal punto di vista del cittadino-utente: canali di accesso disponibili al 2019

Canale	Livello di sviluppo <i>(non disponibile, in corso di implementazione, consolidato)</i>	Dettagli
CUP – NUMERO TELEFONICO	Consolidato	
CUP – SPORTELLO FISICO	Consolidato	
CUP – PORTALE DI PRENOTAZIONE WEB	In corso di implementazione	CUP online disponibile in 11 aziende su 17; laddove presente, non tutte le prestazioni sono prenotabili
CUP – APP CAMPANIA IN SALUTE	Consolidato	CUP on line su tutte le aziende
FARMACIE SU CUP REGIONALE	Consolidato	CUP su tutte le farmacie
MMG	In corso di implementazione	Obiettivo fine 2020: copertura al 100%

In particolare, come definito dalla Delibera della Giunta Regionale n. 598 del 27/11/2019 (Allegato 2), la Regione aveva definito di perseguire i seguenti obiettivi funzionali al processo di evoluzione del sistema di accesso alle prestazioni:

1. implementazione o ammodernamento di un sistema CUP interaziendale o regionale;
2. collegamento di tutti gli erogatori (sia pubblici, sia privati accreditati) al sistema CUP interaziendale o regionale;
3. inserimento di tutte le agende sia pubbliche, sia private nel sistema CUP interaziendale o regionale;
4. attivazione di canali di accesso digitalizzati afferenti al sistema CUP interaziendale o regionale.²⁶

²⁶ Fonte: ALLEGATO 2, Delibera della Giunta Regionale n. 598 del 27/11/2019. «Descrizione sintetica delle attività programmate e relativo cronogramma per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (articolo 1, comma 510, Legge 30 dicembre 2018, n 145)».

Erano stati identificati come centrali in questo progetto anche (i) il Sistema Informativo Sanità Campania, chiamato SINFONIA e (ii) il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), strumenti tramite i quali attuare la centralizzazione necessaria, su cui sarebbero dovute confluire anche «ulteriori iniziative di centralizzazione e omogeneizzazione fra cui anche il superamento dei CUP locali verso un unico CUP regionale campano».

Nel 2019 la Regione Campania disponeva inoltre dell'applicativo «AsapBI», uno strumento finalizzato al monitoraggio delle performance, in termini di rispetto dei tempi massimi di attesa e di estensione delle liste di attesa. Nello specifico, si tratta di un cruscotto di monitoraggio inizialmente sviluppato per monitorare le performance di una realtà aziendale campana, che è poi stato successivamente impiegato a livello regionale per effettuare il periodico monitoraggio di tempi e liste di attesa come da linee guida regionali. Nel 2019, prima dell'emergenza, era in corso un lavoro di ulteriore sviluppo e adeguamento di questo strumento di monitoraggio, finalizzato al superamento della frammentazione che caratterizzava il sistema e alla realizzazione di uno strumento le cui potenzialità fossero maggiormente in linea con gli obiettivi in ambito di digitalizzazione complessiva del sistema sanitario campano. È inoltre rilevante sottolineare che la Campania nel 2017 ha istituito (con Decreto n. 34) il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLa) che ha l'obiettivo di individuare le modalità più idonee per il monitoraggio periodico degli indicatori di performance relativi alle liste di attesa per accedere alle prestazioni sanitarie.

A partire dai primi mesi del 2020 e con il verificarsi progressivo degli impatti della pandemia sulle dinamiche di domanda e offerta di servizi sanitari, l'attività del sistema CUP non è mai stata veramente e formalmente bloccata, anzi. Si è rivelato uno strumento utile al Governo del SSR nelle fasi di recupero delle attività precedentemente sospesa a causa dell'emergenza Covid. Il lavoro dei Centri Unici di Prenotazione, infatti, non si è arrestato durante i mesi interessati dalla sospensione dell'erogazione delle prestazioni rimandabili, dal momento che CUP è rimasto un punto di riferimento per i cittadini campani, in cui confluivano le richieste di prestazioni da parte di pazienti con prescrizioni non differibili (come, ad esempio, i pazienti oncologici). Da parte del sistema sanitario vi è stato poi un incoraggiamento all'utilizzo del CUP online, una modalità per evitare assembramenti presso gli sportelli fisici del CUP.

Sono inoltre state predisposte una serie di indicazioni operative (cfr. nota Prot. n. 211540 del 03/05/2020 della Dir. Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR) circa la gestione e rimodulazione delle agende, le attività di *recall* dei pazienti a cui erano state sospese le prestazioni, la rivalutazione delle classi di priorità, la stratificazione degli orari di apertura, che hanno fatto sì che il sistema CUP sia diventato, durante la pandemia, uno degli strumenti operativi a disposizione per la ri-organizzazione del sistema.

Nello stesso periodo, sono proseguiti i lavori relativi allo sviluppo del CUP Unico Regionale secondo il modello di CUP integratore, che va a mettere in collegamento tutte le aziende del SSR con i relativi sistemi di prenotazione; chiaramente l'emergenza Covid ha in parte rallentato i lavori di collegamento e implementazione del nuovo sistema integrato che, al momento in cui viene redatto questo lavoro, sta andando verso il suo completamento. La forte pressione emergenziale esercitata dalle ondate di contagi, i significativi cambiamenti da esse imposti all'operatività delle aziende, il dirottamento di molte risorse (soprattutto umane e già scarse) verso l'assistenza e la cura dei pazienti affetti da Covid-19 hanno fatto sì che fosse necessario più tempo del previsto per apporare i cambiamenti progettati, mettere in collegamento tutte le aziende, sia pubbliche private accreditate, condividerne le relative agende di prenotazione, facendo di fatto comunicare tra loro sistemi informativi differenti. Alle aziende è stata infatti accordato un alto grado di autonomia relativamente alla scelta di sistema informativo e fornitore (del proprio sistema di prenotazione), elemento che però aggiunge complessità ai lavori di realizzazione del CUP Unico, che deve dunque raccordare e «far comunicare» efficacemente tra loro sistemi diversi.

Ad oggi, il CUP Unico Campano è vicino al compimento, essendo già stati attivati con successo tutti i canali di accesso al sistema (dal canale telefonico, alle farmacie, al canale web tramite la predisposizione di un'apposita app); una parte delle aziende del SSR è già collegata e le restanti realtà, comprendenti anche gli erogatori privati accreditati, sono in fase di coinvolgimento con l'obiettivo di raggiungere entro i prossimi mesi la messa in collegamento dell'intera rete del SSR campano. Proseguono parallelamente anche i lavori sulla piattaforma di monitoraggio AsapBI che andrà presto ad ampliare la propria visione includendo anche le prestazioni erogate dalle aziende private accreditate e in regime di libera professione intramuraria, con l'obiettivo di potenziare ulteriormente le attività di verifica e monitoraggio a servizio del governo del SSR.

5.2.3 Il Sistema CUP in Toscana

Prima dell'avvento del Covid-19, la Toscana aveva già progettato e attivato un CUP Unico Regionale, chiamato «CUP 2.0». Il progetto di riorganizzazione del sistema regionale di prenotazione che ha portato alla realizzazione del CUP 2.0 ha preso avvio dalla Riforma del Sistema Sanitario Toscano (Legge Regionale n. 84 del 28 dicembre 2015) che ha determinato l'accorpamento delle aziende sanitarie, da 12 ridotte a 7. La fusione delle aziende ha determinato anche un accorpamento dei relativi sistemi CUP, tutti diversi tra loro per meccanismi di funzionamento e infrastruttura tecnologica. Di fronte a questa esigenza, la Regione ha pertanto deciso di provvedere all'attivazione di un'unica piattaforma regionale, deputata alla prenotazione e all'accesso alle prestazioni sanitarie, il CUP 2.0. Decisione coerente con i principi guida della riorganizzazione del

SSR: «uniformare la sanità toscana nell'organizzazione e nelle risposte ai bisogni della popolazione evitando duplicazioni e sprechi, e realizzando economie di scala»⁴.

Il CUP 2.0 è stato dunque ideato come una piattaforma unica e centralizzata finalizzata al governo dell'offerta regionale di prestazioni sanitarie, sia in regime istituzionale che di libera professione intramoenia; la piattaforma deve essere collegata ed integrata con i sistemi di aziendali che mantengono le funzioni di accettazione, incasso, e interazione con i sistemi di prenotazione dei dipartimenti. In aggiunta, il progetto ha previsto anche l'attivazione delle funzionalità di prenotazione e di pagamento presso sportelli extra aziendali, come le farmacie, i presidi degli erogatori privati accreditati, nonché lo sviluppo dei canali di accesso digitali (tra i quali la web-app CUPonLine e l'app SmartSST). Era inoltre prevista anche l'integrazione di questo sistema regionale con gli applicativi già in uso presso le aziende sanitarie (ad es. software di pronto soccorso, cartella clinica, ecc.), nonché un significativo lavoro di ammodernamento e sviluppo della piattaforma tecnologica impiegata per il monitoraggio e la rappresentazione delle performance in termini di liste e tempi di attesa, con l'obiettivo di realizzare e attivare un nuovo sistema di *business intelligence*⁵. La Regione ha messo in atto questo progetto di riorganizzazione del sistema di prenotazione regionale anche con l'obiettivo di favorire un'armonizzazione dei comportamenti gestionali relativi alla risoluzione di problematiche comuni (ad esempio, la gestione dei percorsi di tutela).

In linea con queste indicazioni è stato dunque significativo il lavoro della regione condotto a partire dall'estate 2019 sulla riorganizzazione dei sistemi CUP e nel monitoraggio delle liste di attesa per le prestazioni indicate dal PNGLA. Il sistema unico e integrato di prenotazione CUP 2.0 era già pienamente attivo e funzionante in diverse aree della regione, quali le zone di Massa-Carrara, Lucca, Viareggio, Livorno e Grosseto (afferenti all'AUSL Toscana Nord ovest). Non erano ancora collegate al CUP 2.0 le aziende afferenti all'AUSL Toscana Centro e all'AUSL Toscana Sud Est; inizialmente era previsto che le aree (e relative aziende) mancanti fossero messe in collegamento con il CUP 2.0 entro la fine dell'anno 2020, ma la pandemia ha certamente rallentato questa migrazione.

Il CUP Unico Regionale è stato ideato per aggregare e integrare le agende delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate (il 100% dell'offerta dei privati accreditati delle aree già coinvolte era visibile a CUP). I canali di prenotazione disponibili al 2019 includevano il call-center, lo sportello del CUP presso i presidi di erogazione delle aziende, la piattaforma di prenotazione online e le farmacie. In aggiunta a questi canali di prenotazione in alcune zone, in via sperimentale, anche il MMG era stato abilitato all'accesso diretto alle agende di prenotazione, così da poter prenotare in autonomia alcune prestazioni contestualmente alla visita dell'assistito (per fini di medicina di iniziativa).

Tabella 5.3. Il CUP delle aziende toscane dal punto di vista del cittadino-utente: canali di accesso disponibili al 2019

Canale	Livello di sviluppo <i>(non disponibile, in corso di implementazione, consolidato)</i>	Dettagli
CUP – NUMERO TELEFONICO	Consolidato	
CUP – SPORTELLO FISICO	Consolidato	
CUP – PORTALE DI PRENOTAZIONE WEB	Consolidato	Presso il CUP online di alcune aziende non tutte le prestazioni sono prenotabili
FARMACIE («PUNTOSÌ»)	Consolidato	
MMG	In sperimentazione	Sperimentazione di medicina di iniziativa avviata in alcune località

Il CUP 2.0 della Regione Toscana, laddove attivo, era già in grado di fungere sia da punto di incontro tra assistito e SSR, sia come strumento di coordinamento tra domanda e offerta a livello regionale; pertanto, la Regione stava già lavorando per organizzare l'offerta di prestazioni sanitarie sulla base del numero di prescrizioni effettuate, quale *proxy* della domanda tenuta sotto costante monitoraggio. Il CUP 2.0 è stato infatti ideato come uno strumento manageriale per intermediare domanda e offerta coinvolgendo tutti gli attori del sistema, tanto nelle scelte prescrittive quanto nell'erogazione dei servizi, nonché come uno strumento che permetta al sistema di raggiungere maggiori livelli di efficienza nell'organizzazione dell'offerta (era infatti già in grado di intercettare eventuali duplicati della medesima prenotazione effettuati da parte dello stesso utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento per minimizzare il rischio di prenotazioni multiple per la stessa prestazione).

L'emergenza dovuta alla diffusione del Covid-19 ha necessariamente rallentato i lavori di implementazione e diffusione del CUP 2.0 sul territorio regionale. Dopo una temporanea sospensione dei lavori in coincidenza del primo *lockdown* (primavera 2020) le attività di collegamento e integrazione con il CUP 2.0 sono proseguite, seppur con tabelle di marcia più flessibili, visto il contesto altamente complesso e sfidante nel quale si trovavano ad operare le aziende. Già a fine dell'estate del 2020, l'Azienda USL Toscana Centro si apprestava infatti ad effettuare una migrazione graduale al CUP unico regionale, che è partita con il passaggio delle agende dell'attività in regime di libera professione intramoenia (come pilota) a settembre per terminare poi complessivamente nel corso del 2021 (Box 5.1)

Box 5.1 Il percorso di migrazione al CUP 2.0 dell'AUSL Toscana Centro

Prima del CUP 2.0 presso l'AUSL Toscana Centro erano presenti quattro CUP aziendali separati e indipendenti, che si servivano di 4 sistemi informativi, a cui faceva riferimento una popolazione complessiva di circa 2 milioni di persone.

Una volta avviato dalla Regione il progetto CUP 2.0, è stato predisposto un percorso di integrazione delle quattro realtà su un unico livello, propedeutico per passare infine al CUP 2.0: è stato implementato un substrato di software, il c.d. «CUP accettore» che permettesse il collegamento con il CUP 2.0. Questa prima fase del percorso si è conclusa a fine 2019 con la scelta del provider del software.

L'avvento dell'emergenza Covid ha imposto una temporanea sospensione al percorso di passaggio dell'AUSL al CUP 2.0, fino all'estate del 2020; alla ripresa dei lavori, gli sforzi si sono concentrati sul trasferimento a CUP 2.0 dell'attività in libera professione intramoenia, individuata come area ideale con cui testare il percorso in virtù della maggiore semplicità del sistema di accesso, dell'assenza di distinzione tra primo accesso e controllo, né tra classi di priorità, ecc.

Osservando i vari step attraverso cui è avvenuta la migrazione al CUP 2.0, si nota come il primo mirasse a ottenere il consenso e il supporto del personale attraverso un percorso formativo ad hoc, per procedere alla chiusura definitiva, il 1° settembre 2020, dei quattro vecchi applicativi dove veniva inserita l'offerta di prestazioni in regime di libera professione intramuraria. Nei due mesi successivi le agende (riconducibili a circa 600 professionisti distribuiti su 4 aziende) sono state trasferite e attivate (in modo più semplice) sul nuovo sistema. In data 1° novembre 2020 è stata riaperta la prenotazione dell'attività in regime di libera professione. A riprova del fatto che il passaggio al CUP 2.0 sia avvenuto con successo, nel corso del primo mese di attivazione del nuovo sistema (novembre 2020) l'area della libera professione intramoenia ha registrato circa 12.000 prenotazioni, per un fatturato di euro 1,5 milioni circa. Una volta avvenuta con successo la migrazione dell'attività in regime di libera professione, si è progettato il passaggio dell'attività in regime istituzionale per area geografica, impiegando la medesima metodica. Tra gli obiettivi fortemente connessi a questo passaggio al CUP 2.0 dei sistemi di prenotazione aziendali preesistenti, il direttore del CUP dell'AUSL Toscana Centro ha dichiarato anche la volontà dell'azienda di separare in modo netto il primo accesso dai successivi, di arrivare a produrre una misurazione accurata dei tempi di attesa per il primo accesso e di collegare in modo sinergico CUP e URP.

A fine 2021, il processo di consolidamento del CUP Unico Regionale Toscano aveva fatto ulteriori progressi, avendo realizzato l'integrazione completa con la quasi totalità delle aziende del SSR. Mancavano ancora all'appello l'AOU Careggi, l'AOU Meyer e la Fondazione Monasterio, il cui passaggio era previsto entro la fine dell'anno 2021. Infine, non era ancora collegata al CUP 2.0 anche la ex azienda sanitaria di Firenze (la cui migrazione era prevista per l'inizio del 2022), che aveva già compiuto un passaggio intermedio, dotandosi di un CUP interaziendale (un «CUP metropolitano»). Al momento in cui viene redatto questo lavoro, il CUP 2.0 Toscano è giunto quasi a completamento: ora da qualsiasi postazione CUP è possibile avere una visibilità completa su tutte le agende del SSR.

La costituzione e il consolidamento del CUP 2.0 è stato inoltre accompagnato da un parallelo sforzo di costante monitoraggio regionale non solo delle performance relative ai tempi di attesa delle prestazioni monitorate secondo il PNGLA, ma anche dei flussi di domanda (prescrizione e prenotazione), della capacità di offerta delle aziende e di altri fenomeni ritenuti rilevanti. La Regione

Toscana dispone infatti di un Sistema di Monitoraggio Regionale, che attinge dai flussi informativi della prescrizione elettronica (che ad oggi rappresenta almeno il 95% delle prescrizioni nel SSR), dei tempi di attesa e delle SPA, che rappresentano l'erogazione. Un sistema di monitoraggio era già in uso anche prima dell'avvento del Covid-19 e veniva ampiamente utilizzato da Regione e aziende.

Più recentemente lo strumento è stato sostituito da un cruscotto ancor più avanzato e dinamico che è utilizzato dalla Regione con l'obiettivo di consentire un costante monitoraggio delle tempistiche di accesso (e altre performance connesse) di tutte le aziende del SSR e di supportare decisioni strategiche mirate e tempestive sia a livello regionale sia aziendale (Box 5.2). I risultati del monitoraggio, che viene condotto ogni 15 giorni, sono discussi periodicamente in riunioni (a cadenza quindicinale) che vedono coinvolti, da un lato la Regione e, dall'altro, i rappresentanti di tutte le aziende.

Box 5.2 Il cruscotto di monitoraggio dell'attività afferente all'area della specialistica ambulatoriale della Toscana

Il Cruscotto di Regione Toscana «Monitoraggio Attività Specialistica Ambulatoriale Regionale- Piano Regionale Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021» è uno strumento estremamente ricco di informazioni, aggiornate dinamicamente e real time dalle aziende, in uso nella sua attuale forma dall'inizio dell'estate 2020. L'attività di monitoraggio veniva condotta anche prima tramite SAP, tuttavia il sistema risultava più complesso da utilizzare ed era in grado di restituire un output unico (in formato PDF) difficilmente personalizzabile per mettere a fuoco specifiche dinamiche aziendali. Sulla scorta di quanto sviluppato presso l'AOU Senese, dotatasi di uno strumento di monitoraggio più duttile e potente, la Regione, grazie al prezioso lavoro del Gruppo Tecnico Specialistica Ambulatoriale, ha sviluppato ulteriormente il sistema di monitoraggio regionale e il cruscotto di restituzione rendendolo più dinamico, più semplice da utilizzare e maggiormente rispondente alle esigenze operative di governo del SSR. Pertanto, ora il cruscotto di Regione Toscana è caratterizzato da un'interfaccia di restituzione delle performance facilmente accessibile, nonché dinamica e personalizzabile grazie alla presenza di numerosi filtri (che permettono di filtrare per area vasta, azienda, branca, prestazione, ecc.) e al confronto su base temporale. L'obiettivo ultimo di questo strumento è supportare la Regione nel governo del SSR, consentendo un periodico monitoraggio delle performance aziendali e di prendere decisioni sia operative che strategiche in estrema rapidità.

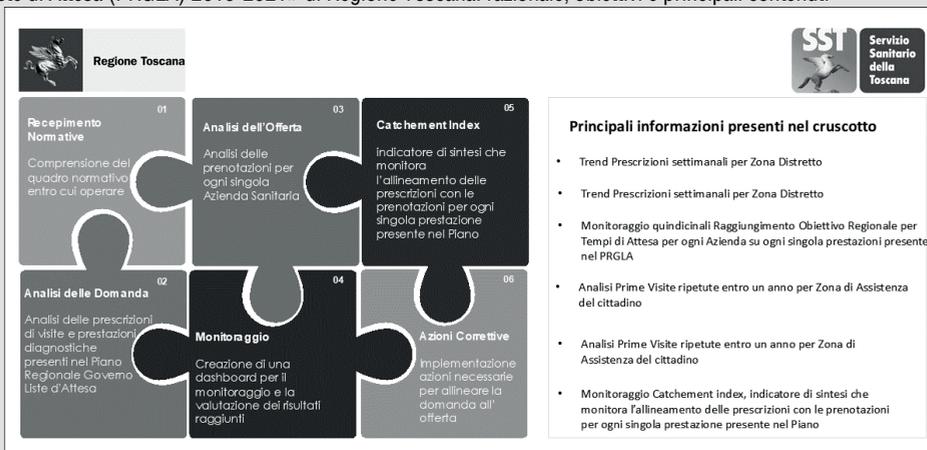
Il sistema di monitoraggio attinge dalle seguenti banche dati:

- flusso informativo della prescrizione elettronica;
- flusso informativo relativo a prenotazioni e tempi di attesa (TAT);
- flusso informativo SPA relativo all'erogato di specialistica ambulatoriale.

I dati relativi alle prescrizioni dematerializzate sono aggiornati quotidianamente (sebbene con un paio di giorni di ritardo), i dati relativi alle prenotazioni (il flusso TAT) viene aggiornato ogni 15 giorni (grazie all'invio dei dati da parte delle aziende su base quindicinale); il flusso informativo SPA invece richiede un'attività di consolidamento, per cui tendenzialmente sono disponibili dati consolidati con uno o due mesi di scarto.

Al momento di elaborazione di questo lavoro, all'interno del cruscotto di Regione Toscana sono disponibili 16 schede, che vengono costantemente migliorate e talvolta integrate con nuovi affondi specifici, laddove si ravvisa la necessità di avvalersi di un nuovo indicatore.

Figura 5.5 Il Cruscotto «Monitoraggio Attività Specialistica Ambulatoriale Regionale- Piano Regionale Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021» di Regione Toscana: razionale, obiettivi e principali contenuti



Fonte: elaborazione del Gruppo Tecnico Specialistica Ambulatoriale, Regione Toscana

6. La gestione dell'attività ambulatoriale e il governo dei tempi di attesa: una visione di insieme delle evoluzioni in corso

di Lorenzo Fenech

Sono ormai più di vent'anni che le politiche sanitarie e le azioni manageriali pongono attenzione al governo e contenimento dei tempi di attesa. Come mostrato nel Capitolo 1, nonostante ciò il fenomeno non è ancora pienamente tracciato o comunque è difficile fare comparazioni nel tempo e nello spazio per valutare l'efficacia delle politiche e delle azioni pubbliche a livello nazionale. La scelta di metriche comuni e il confronto continuo sono sicuramente il primo passaggio fondamentale per una vera maturazione sul tema da parte delle aziende del SSN.

Nel frattempo, anche se in modo frammentato, i sistemi di gestione dei tempi di attesa si sono evoluti e affinati a livello nazionale e internazionale, come illustrato nella disamina della letteratura internazionale (Capitolo 2) e nelle indicazioni normative a livello nazionale (Capitolo 3). Inoltre, l'emergenza pandemica ha rappresentato un evento che ha stimolato dei processi di cambiamento e arrestato altri percorsi in atto. Nei Capitoli 4 e 5 il volume si è posto quindi l'obiettivo di verificare sul campo quali siano state le azioni che le aziende hanno portato avanti, di quale impatto abbia avuto l'emergenza Covid in questo ambito e quali scenari futuri si prospettano in termini di strategie aziendali per il contenimento dei tempi di attesa.

Dall'indagine esposta nel Capitolo 4 emerge innanzitutto una conferma di come l'emergenza abbia acuito il problema dei tempi di attesa. Lo ha intensificato nelle aree 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). Durante la prima ondata della pandemia, nel periodo del c.d. *lockdown*, le aziende hanno, infatti, sperimentato un fermo dell'attività non urgente. Nelle fasi successive hanno poi dovuto provare a recuperare i volumi di attività nel rispetto, però, di nuovi vincoli di erogazione legati alla nuova normalità. Da una parte, l'aumento del tempo standard per ciascuna prestazione per consentire le sanificazioni.

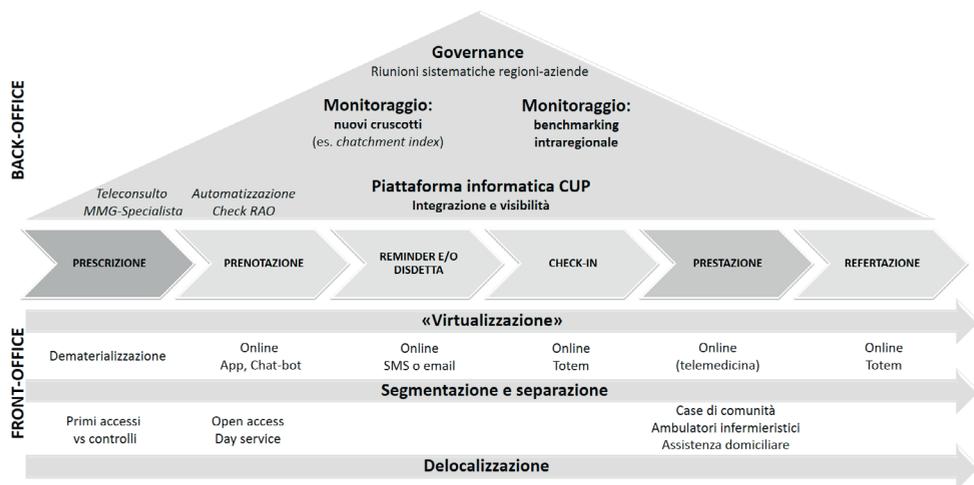
Dall'altra, la riduzione degli spazi a disposizione per consentire il doppio flusso dei pazienti (i c.d. «sporco» e «pulito») ed evitare affollamenti.

Al fine di recuperare l'attività ambulatoriale e contenere i tempi di attesa, una delle leve più importanti è stata senza dubbio l'aumento temporaneo della capacità produttiva attraverso le risorse aggiuntive messe a disposizione a livello ministeriale. Risorse che sono state stanziare in particolare per le prestazioni aggiuntive dai propri professionisti e dal privato accreditato (laddove possibile). Non sempre, però, queste misure hanno trovato piena attuazione. Il prolungamento dell'emergenza sanitaria e la campagna vaccinale hanno assorbito le risorse fisiche e mentali dei professionisti sanitari, riducendo, di fatto, la capacità produttiva potenzialmente a disposizione per il recupero delle prestazioni. Le prestazioni aggiuntive andavano, infatti, a sommarsi agli straordinari già in essere. Inoltre, la remunerazione aggiuntiva è stata in molti casi ritenuta poco competitiva e incentivante rispetto all'attività in libera professione o all'attività di vaccinazione. Tutti aspetti di cui tener conto in futuro per poter sfruttare meglio questa leva temporanea. Oltre all'aumento di capacità produttiva provvisoria, si è comunque potuto contare anche sull'immissione di risorse a tempo indeterminato. Qui il tema è se e come queste risorse strutturali inserite in un contesto di emergenza siano poi effettivamente coerenti con una programmazione di lungo periodo (Del Vecchio et al. Rapporto OASI 2021).

Le aziende hanno poi lavorato anche su altri fronti che incidono sulla gestione dell'attività ambulatoriale e sul governo dei tempi di attesa. Si tratta di un mix di azioni che ha avuto un diverso grado di organicità, intensità, rapidità ed efficacia di esecuzione, a seconda dei punti di forza già in essere e delle resistenze intrinseche o di contesto. Aldilà della diffusione delle trasformazioni avvenute durante l'emergenza Covid, possiamo qui individuare alcuni assi di sviluppo della gestione ambulatoriale con ricadute dirette sul governo dei tempi di attesa (Figura 6.1):

- *Front-office:*
 - Segmentazione e separazione dei flussi
 - «Virtualizzazione» di processi e prestazioni
 - Delocalizzazione delle attività (case di comunità, ecc.)
- *Back-office:*
 - Innovazione nei meccanismi e sistemi di prevenzione e controllo della domanda inappropriata (teleconsulti MMG-Specialisti, *check* RAO)
 - Potenziamento delle piattaforme informatiche (integrazione delle piattaforme, visibilità delle agende, ecc.)
 - Innovazione nei servizi di monitoraggio (indicatori, cruscotti, ecc.)
 - Rafforzamento della governance (incontri sistematici e condivisione di dati tra Regione-Aziende Sanitarie-MMG-CUP)

Figura 6.1 Le principali aree e dimensioni di trasformazione nella gestione ambulatoriale e nel governo dei tempi di attesa nello scenario pandemico e post-pandemico



Fonte: elaborazione degli autori

Le trasformazioni che attengono all'ambito del front-office incidono in particolare sulla fluidità dei processi. Non vi è, infatti, solo un tempo di attesa tra la prescrizione e la prenotazione, ma vi sono attese lungo tutto l'arco del percorso; al telefono, in sala di attesa, ecc.

Una prima area di intervento è quella della segmentazione e separazione dei flussi di pazienti e informazioni. Per monitorare i tempi di attesa in maniera adeguata e progettare i processi di erogazione è necessario innanzitutto poter distinguere in modo nitido i primi accessi dai controlli. Non di rado, però, le visite di controllo si traducono in prime visite programmate generando ridondanze organizzative (passaggi non funzionali dal MMG) e distorsioni nelle rilevazioni del dato sui tempi di attesa. Nel caso dell'AOU di Pisa (Box 4.2) i primi accessi e quelli di controllo sono stati separati già a partire dai canali di prenotazione allo sportello (CUP interni di primo vs di secondo livello), con un conseguente impatto migliorativo sui flussi dei pazienti all'interno della struttura. Le aziende stanno poi sempre di più incentivando gli specialisti a effettuare direttamente le prenotazioni di controllo, come da PNGLA. In questo caso la pandemia ha dato un impulso alla collaborazione MMG-specialista per dare continuità ai percorsi di cura (Fenech et al. 2020). La separazione tra i due canali non è solo una questione di appropriatezza, ma ha importanti ricadute sulla gestione operativa. La letteratura suggerisce, infatti, di individuare nello snellimento e ottimizzazione dei controlli le aree con maggiori benefici per l'intera

gestione ambulatoriale. Fino ad oggi sotto i riflettori del monitoraggio sono ricaduti esclusivamente sui primi accessi e questo ha inevitabilmente focalizzato obiettivi, attenzioni ed energie progettuali su una parte dell'attività. È pertanto auspicabile che in futuro le aree di monitoraggio dei tempi di attesa vengano ampliate per favorire un approccio integrato alla progettazione dei processi ambulatoriali.

Una volta concretizzata questa prima importante separazione tra primi accessi e controlli, vi sono poi delle innovazioni gestionali che possono andare ad eliminare direttamente dei passaggi ridondanti e snellire i processi. Ci si riferisce, in particolare, all'Open Access e al *day service*. Il primo è ancora agli stadi iniziali di implementazione, ma per quanto visto in alcune realtà toscane, non può più essere considerato una sperimentazione. Il secondo è da molto tempo nelle agende delle regioni anche se fa ancora fatica a trovare una compiuta realizzazione; la Puglia ha ripreso recentemente un percorso di implementazione attraverso la definizione di una serie di pacchetti di base. Su questi due cantieri la direzione è ormai chiara, ma è probabile che si sia avuto un arresto durante la pandemia. Il 74% delle AO nell'indagine segnala l'importanza di lavorare ancora sulla «semplificazione e/o efficientamento dei processi produttivi e della logistica interna». Rispetto a questo obiettivo, potrebbe agevolare il percorso di delocalizzazione e concentrazione dell'attività ambulatoriale nelle case di comunità. Durante la pandemia molte aziende hanno iniziato a decentrare l'attività negli ambulatori extra-ospedalieri per ridurre la congestione negli ospedali. Secondo i principi della «*focused factory*», questo processo potrebbe migliorare la gestione operativa in un ambito ancora troppo spesso annidato nei labirinti ospedalieri. Il percorso che porta verso la concentrazione e decentramento dell'attività ambulatoriale non è privo di ostacoli. Dalla lettura dei casi nel capitolo 4 è emerso come non si sia potuto sfruttare appieno gli *asset* disponibili sul territorio non tanto per indisponibilità dei clinici, ma per la mancanza dei c.d. processi secondari non sanitari (servizio accettazione il sabato o in orari serali, sanificazioni extra-orario, ecc.). Se la pandemia ha «scongelato» il tema e interrotto le inerzie organizzative, lo sfruttamento degli ambulatori territoriali resta ancora un cantiere aperto per almeno il 60% delle aziende intervistate (Capitolo 4).

Un altro ambito che ha avuto una spinta evolutiva durante la pandemia è stato quello della digitalizzazione di parte o di tutto il percorso-prestazione. Il primo aspetto che sembra aver avuto uno slancio diffuso è quello della c.d. dematerializzazione delle prescrizioni. In molti contesti il dato delle prescrizioni dematerializzate supera l'80% delle prescrizioni. Si tratta di un passaggio fondamentale che agevola molte dimensioni della gestione ambulatoriale e del governo dei tempi di attesa. In primis, il monitoraggio della domanda e della domanda inappropriata a livello aziendale e regionale. In secondo luogo, velocizza

i processi di decodifica dei contenuti della prescrizione e la fluidità dei processi di prenotazione.

La necessità di distanziamento ha poi sdoganato definitivamente le potenzialità di una digitalizzazione nei processi di prenotazione, accettazione e pagamento. Non si tratta solo dell'utilizzo di APP o della prenotazione online, come osservato nei casi di Campania, Puglia e Toscana. Vi sono numerose sperimentazioni sul territorio nazionale. In Umbria, ad esempio, è in sperimentazione lo *SmartCUP* che consiste nella segnalazione da parte del MMG della richiesta di prenotazione di un primo accesso; una volta attivata la richiesta, il sistema CUP invia un sms al paziente con una proposta di data e orario per il primo accesso. Alla ASP di Bolzano è stata poi istituita una *chat-bot* per le prenotazioni di alcune prestazioni.

Rimane, invece, ancora da chiarire quale possa essere l'impatto della digitalizzazione della componente *core* della prestazione sanitaria sui tempi di processo. La c.d. telemedicina sembra essere un percorso ineludibile il cui impatto operativo è, però, controverso. Si tratta di capire se si riducano effettivamente i «tempi prestazione» e come vengono riallocate le responsabilità tra gli operatori coinvolti nel percorso di cura. A livello qualitativo, è stata segnalata la possibilità di assistere, ad esempio, a dei *drop-out* «virtuali» così come si osservano tempi di visita dilatati a causa delle varie pause tecniche a cui lo «smart-working» ci ha ormai abituati (connessioni lente lato utente, browser non compatibili, ecc.). Tutto questo fa della telemedicina un terreno dalle ricadute ancora poco chiare in termini di efficienza operativa.

Sempre nel percorso di digitalizzazione, vi sono poi tutta una serie di importanti trasformazioni e innovazioni in *back-office* che vanno a incidere su quello che abbiamo richiamato come efficienza allocativa dei Sistemi CUP. Nel capitolo 5 emerge, infatti, un rafforzamento complessivo dei Sistemi CUP nei servizi in *back-office* che va nella direzione di ottimizzare le risorse amministrative disponibili e aumentare l'efficienza ed efficacia allocativa del CUP. Sia dall'indagine alle Direzioni Sanitarie che in sede di analisi dei casi regionali di Campania, Puglia e Toscana, si è sottolineato il progresso fatto in termini di integrazione delle piattaforme informatiche e di visualizzazione dell'intera offerta dei territori (pubblici e privati accreditati). Questo aspetto è senza dubbio fondamentale per poter sfruttare tutte le potenzialità presenti su un determinato territorio così come per ridurre le ridondanze che spesso si generano con il fenomeno delle doppie, se non triple, prenotazioni.

La unificazione agisce poi nella direzione di poter monitorare i dati e rafforzare le regioni nella programmazione sanitaria e le aziende nella programmazione strategica e tattica. Dall'analisi approfondita del CUP in Toscana emerge, infatti, un'interessante proposta di cruscotto di monitoraggio e in particolare di governance multi-livello per ingaggiare regione e aziende in un miglioramento continuo.

Durante la pandemia è rimasto, invece, sullo sfondo, il tema della c.d. «lotta all'inappropriatezza», ma la questione è destinata a essere ripresa. Le Direzioni Sanitarie sottolineano come la domanda in generale ed in particolare quella inappropriata si sia affievolita durante il periodo Covid. Lo scenario futuro è, però, 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); diventa pertanto fondamentale non aggiungere domanda «non necessaria». Rispetto a questa questione «storica» alcune delle richiamate trasformazioni vanno sicuramente più o meno direttamente nella direzione di un contenimento della problematica: la dematerializzazione, la separazione logistica e organizzativa dei primi accessi dai controlli, l'introduzione di nuovi indicatori di monitoraggio (es. *catchment index*) e il rafforzamento della governance di monitoraggio. L'emergenza Covid sembra aver dato un impulso in alcune realtà anche a far funzionare meglio i PDTA già in essere e a introdurre alcune pratiche collaborative tra MMG e Specialisti, come i teleconsulti. Due ambiti molto intrecciati e che vengono ampiamente segnalati dalle Direzioni Sanitarie come cantieri da riprendere, nel primo caso, e da implementare e diffondere ulteriormente, nel secondo. Restano, infine, da sviluppare dei cantieri di lavoro che vadano a consolidare sempre di più il sistema dei RAO attraverso attività sistematiche di *benchmarking* prescrittivo da parte di ASL e regioni e l'inserimento di *check* automatizzati di coerenza prescrittiva direttamente all'interno degli stessi processi di erogazione.

7. Conclusioni

di *Francesca Lecci e Rosanna Tarricone*

Il volume 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 contributo è il risultato di due anni di ricerche desk, di indagini e di collaborazioni con le realtà regionali e aziendali coinvolte nel progetto Academy SDA Bocconi - Novartis.

Gli anni della pandemia hanno generato una vera e propria rincorsa al recupero delle prestazioni ordinarie in tutti gli ambiti della sanità, generando una forte pressione sulle liste e i tempi di attesa. Stiamo ora visibilmente vivendo il peso di questa cosiddetta «ondata di ritorno» e, dopo le varie ondate di contagi da Covid-19, il tema dei tempi di attesa è rientrato prepotentemente nel dibattito pubblico. Di fronte a questo fenomeno la domanda che sorge spontanea è quanto l'Italia debba considerarsi «indietro» nella gestione ambulatoriale e nei tempi di attesa. Dalla nostra analisi possiamo effettivamente cogliere due aspetti che ci aiutano a guardare con più fiducia almeno al medio periodo. Il primo riguarda il fatto che, seppur con i pochi dati che si hanno a disposizione per fare confronti a livello internazionale, il quadro italiano non risulta peggiore di altri stati OECD. In secondo luogo, non sembra che durante gli anni della pandemia si siano fatti dei passi indietro, semmai dei passi in avanti. Nel quadro complesso e difficile degli ultimi due anni, le regioni e le aziende hanno sbloccato alcuni cantieri di lavoro, accelerato altri e cercato nuove soluzioni. Tutti aspetti che abbiamo provato a cogliere e supportare nelle realtà che abbiamo investigato.

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, e più in generale all'utilizzo di tecnologie digitali, ma anche la strutturazione di pacchetti integrati di prestazioni.

In un'ottica di scenari futuri, uno risultato più significativo è quello che non ci si aspetta: dall'indagine alle Direzioni Sanitarie il tema degli organici non è ai primi posti tra le 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 rinnovarsi 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*).

In questo quadro di slancio e preso atto del consolidamento di alcune traiettorie bisogna ora fare tre 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 indicano come 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 dell'indagine stessa 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. Per quanto riguarda i risultati emersi dall'analisi dei casi, sarebbe fuorviante entrare nel merito delle differenze tra le regioni analizzate per scarsa rappresentatività di un campione e per il quadro evolutivo mostrato. Non può però non spiccare comunque quanto fatto dalla regione Toscana, a tutti i livelli: aziendale, regionale e di governance complessiva.

Vi è poi un aspetto che non è emerso dall'indagine campionaria o dall'analisi approfondita dei casi aziendali: quale ruolo può giocare l'intelligenza artificiale (c.d. AI) nella gestione delle liste e riduzione dei tempi di attesa? Si tratta evidentemente di un cantiere che al momento è sottotraccia 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).

L'ultima considerazione riprende il punto di partenza del volume: quali ordini di grandezza per i tempi di attesa in Italia e nel mondo? Si tratta di una sfida che non può più essere evitata e riguarda la questione del monitoraggio che necessita di standardizzazione, estensione e maggiore sviluppo. Rispetto a quest'ultimo punto, è auspicabile che in futuro ci si chieda non tanto quanto aspetti un utente per una prestazione ma quanto aspetti per una risposta al suo bisogno di salute o per un pacchetto di prestazioni.

Bibliografia

- AA.VV. (2021) A digital health decade: from ambition to action, *Digital Europe.org*
- Antonacci G., Lennox L., Barlow J., Evans, L. e Reed, J. (2021), «Process mapping in healthcare: a systematic review». *BMC health services research*, 21(1), pp. 1-15.
- Agenas (2022), Portale Covid-19. <<https://www.agenas.gov.it/covid19>>
- 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.
- BMA (2020), «The hidden impact of COVID-19 on patient care in the NHS in England (July 2020) ». Disponibile al link: <https://www.bma.org.uk/media/2841/the-hidden-impact-of-covid_web-pdf.pdf>
- Boscolo P.B., Fenech L., Giudice L., Lecci F., Rotolo A., Tarricone R. (2021) *Tempi di attesa: trend e politiche di risposta durante e dopo la crisi Covid-19* in Rapporto OASI 2021, CER GAS (a cura di), Egea, chap. 18, pp.697-742, 2021.
- Bourne R.B., Sibbald W.J., Doig G., Lee L., Adolph S., Robertson D., Provencher M. (2001), «The Southwestern Ontario Joint Replacement Pilot Project: electronic point-of-care data collection». *Canadian Journal of Surgery* 2001, 44(3), pp.199–202.
- 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., Green M., Marshall E. G., Jbilou J., Shaw J., Brouselle A., Contandriopoulos D., Crooks V. A., 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), pp. 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 pp. 353-7.
- D'Andreamatteo A., Ianni L., Lega F. e Sargiacomo M. (2015), «Lean in healthcare: A comprehensive review», *Health policy*, 119(9), pp. 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.
- Del Vecchio M., Montanelli R., Sartirana M. e Francesco Vidè, *Le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto durante l'emergenza Covid-19 in Rapporto OASI 2021 CER GAS* (a cura di), Egea, pp.629-670, 2021.
- Decreto-Legge 23 ottobre 2018 n. 119
- Decreto-Legge 14 agosto 2020 n.126
- Decreto-Legge 25 maggio 2021 n.73
- Decreto-Legge 17 marzo 2020 n.18
- Déry J., Ruiz, A., Routhier F., Bélanger V., Côté A., Ait-Kadi D., Gagnon M. P., Deslauriers S., Lopes Pecora A.T., Redondo E., Allaire A.S. e Lamontagne M. E. (2020), «A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services», *Systematic reviews*, 9(1), pp. 1-14.
- Dusheiko M., Gravelle H. (2017), «Choosing and booking—and attending? », *Health Economics*, 27(2), pp. 353-371.
- European Commission (2018), *Inequalities in access to healthcare - A study of national policies*, November 2018.
- 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.

- Francesconi A., Mittone L. (2012), «Il priority setting in sanità», *Politiche sanitarie*, 13(1), pp. 10-18.
- 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*, pp. 8-36.
- Greenwood-Lee J., Jewett L., Woodhouse L. e 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), pp.1-16.
- Gupta D. e Denton B. (2008), «Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities». *IIE transactions*, 40(9), pp. 800-819.
- Hadorn, D C. (2000), «Setting priorities for waiting lists: defining our terms. Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project», *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, vol. 163,7 (2000): 857-60.
- Johannessen K. A. e 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.
- Kickbusch I., Piselli D., Agrawal A., Balicer R., Banner O., Adelhardt M., Capobianco E., Fabian C., Singh Gill A., Lupton D. , Medhora R.P., Ndili N., Ryś A. Sambuli N., Settle D., Swaminathan S., Vega Morales J. Wolpert M., Wyckoff A. W., Xue L. (2021). The Lancet and Financial Times Commission on govern-ing health futures 2030: growing up in a digital world. *The Lancet*, 398(10312), 1727-1776.
- King's Fund (2020), «The impact of Covid-19 on waiting times for NHS patients will be felt for years to come». Disponibile al link: <<https://www.kingsfund.org.uk/press/press-releases/impact-covid-19-waiting-times-nhs-patients>>
- Kopach R., DeLaurentis P. C., Lawley M., Muthuraman K., Ozsen L., Rardin R., Wan H., Intrevado P., Qu X. e Willis D. (2007), «Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling», *Health care management science*, 10(2), pp. 111-124.
- 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 17 dicembre 2018 n. 136

Legge 23 luglio 2021 n. 106

Legge 30 dicembre 2021, n. 234

Mariotti G., Monterosso M. (2012), «Priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali: l'esperienza della provincia di Trento», *Politiche sanitarie*, 13 (1), pp. 39-47.

Mariotti G., Siciliani L., Rebba V., Fellini R., Gentilini M., Benea G., Bertoli P., Bistolfi L., Brugaletta S., Camboa P., Casucci P., Dessi D., Faronato P., Galante M., Gioffredi A., Guarino T. M., Pofi E. e Liva C. (2014), «Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: the homogeneous waiting time groups approach», *Health Policy*, 117(1), pp. 54-63.

Martin R. M., Sterne J. A., Gunnell D., Ebrahim S., Smith G. D. e 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*, 2018.

OECD Health Policy Studies (2020), *Waiting Times for Health Services. Next in Line*, May 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., Drew M. 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), pp. 1-16.

- Qu X., Rardin R. L., Williams J. A. S. e Willis D. R. (2007), «Matching daily healthcare provider capacity to demand in advanced access scheduling systems», *European Journal of Operational Research*, 183(2), pp. 812-826.
- Ramchandani M., Mirza S., Sharma A., Kirkby G. (2002), «Pooled cataract waiting lists: views of hospital consultants, general practitioners and patients», *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(12), pp. 598–600.
- Rashid M., Abeyesundara 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, pp. 111–119.
- Rebba V. (2009), «I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?», *Politiche sanitarie*, vol.10, n° 4.
- Regione Campania, ALLEGATO 2, Delibera della Giunta Regionale n. 598 del 27/11/2019. «Descrizione sintetica delle attività programmate e relativo cronogramma per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (articolo 1, comma 510, Legge 30 dicembre 2018, n 145)».
- Regione Campania, Delibera della Giunta Regionale n. 620 del 29.12.2020. «Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi dell'art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020 - Aggiornamento»
- Regione Puglia, ALLEGATO A03 «Descrizione sintetica delle attività programmate e relativo cronogramma per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (articolo 1, comma 510, Legge 30 dicembre 2018, n. 145)», 28.11.2019.
- Regione Puglia, Deliberazione di Giunta Regionale n. 2143 del 22.12.2020. «Approvazione Piano Recupero Liste d'Attesa – Legge 13 ottobre 2020, n. 126 conversione del D.L. 14 agosto 2020, n. 104»
- Regione Puglia, Deliberazione della Giunta Regionale n. 1941 del 29 novembre 2021 «Art. 29 del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104 - D.G.R. n. 2143 DEL 22/12/2020 Piano Liste d'attesa - rimodulazione. DGR n 351/2021- Ricognizione del fondo unico regionale di remunerazione e determinazione dei criteri di ripartizione delle risorse - Strutture private accreditate (Case di Cura) - Rettifica»
- Regione Toscana, Delibera n. 1225 del 07.09.2020. «Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa redatto in attuazione del D.L. n. 104/2020, art. 29, comma IX»

- Robinson L. W. e Chen R. R. (2010), «A comparison of traditional and open-access policies for appointment scheduling», *Manufacturing & Service Operations Management*, 12(2), pp. 330-346.
- Siciliani L. et al. (2013), «Measuring waiting times across OECD countries», in Siciliani L., Borowitz M. e Moran V. (eds.) *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* Paris, OECD Publishing.
- The Health Foundation (2021), «Elective care: how has COVID-19 affected the waiting list? ». Articolo pubblicato il 27 settembre 2021 e disponibile al link: <<https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/elective-care-how-has-covid-19-affected-the-waiting-list>>
- The strategy Unit (2020), «Changes in outpatient activity since the covid19 lockdown». Disponibile al link: <<https://www.strategyunitwm.nhs.uk/sites/default/files/2020-07/Changes%20in%20outpatient%20activity%20since%20covid%20lockdown%20-%20week%2021%20-%2020200630.pdf>>
- Tomassini C. R. (2019), *Liste Di Attesa In Sanità. La soluzione dell'Open Access*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Tozzi V. (2004), «La gestione per processi in sanità». *Mecosan, Management ed economia sanitaria*, 50, pp. 71-79.
- Willcox S., Seddon M., Dunn S., Edwards R. T., Pearse J. e Tu J. V. (2007), «Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies», *Health Affairs*, 26(4), pp. 1078-1087.

Ringraziamenti

Non sarebbe stato possibile svolgere un lavoro di ricerca così ambizioso senza la collaborazione di professionisti che, all'interno di regioni e aziende sanitarie, si occupano di gestire i sistemi di accesso alle prestazioni e di governarne i relativi tempi di attesa, a diversi livelli e con differenti prospettive. Perciò ringraziamo, innanzitutto, i principali referenti delle regioni che hanno partecipato al Progetto: Maria Rosaria Romano per la Regione Campania; Antonella Caroli e Andrea Iacobbe per la Regione Puglia; Carla Rizzuti per la Regione Toscana. Inoltre, per la Campania ringraziamo: Enrico Coscioni, Ettore Cinque, Antonio Postiglione, Pietro Buono, Ugo Trama, Massimo Di Gennaro, Luca Scafa, Roberta Giordana, Luisa Cappitelli, Massimo Bisogno e tutti i Direttori Generali, Direttori Sanitari e Referenti Liste di Attesa della Regione Campania.

Per la Puglia ringraziamo: Vito Montanaro, Concetta Ladalaro, Antonietta Santoro, Angela Diceglie, Nicola Girardi e tutti i Direttori Generali, Direttori Sanitari e Referenti Liste di Attesa della Regione Puglia.

Per la Toscana ringraziamo: Federico Gelli, Carlo Rinaldo Tomassini, Giorgio Presicce, Carlo Milani, Carlo Giontella, Michela Cassano e tutti i Direttori Generali, Direttori Sanitari e Referenti Liste di Attesa della Regione Toscana.

Per quanto riguarda le aziende sanitarie che hanno partecipato al Progetto, ci teniamo a ringraziare: Mario Iervolino e Maria Immacolata Borrelli per l'Azienda Sanitaria Locale di Salerno; Maurizio Di Mauro e Maria Cristina Boccia per l'Azienda Ospedaliera Dei Colli; Antonio D'Amore e Antonio Cajafa per l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord; Antonio Sanguedolce, Carmine Parlati, Gaetana Pagano per l'Azienda Sanitaria Locale di Bari; Rodolfo Rollo, Cosimo Esposito, Brigida Chimenti, Luigi Morgante, Gemma Zocco per l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce; Giovanni Migliore, Antonio Mazzarella, Francesco Vulpis per l'Azienda Policlinico di Bari; Paolo Morello Marchese e Leonardo Pasquini per l'Azienda USL Toscana Centro; Silvia Briani e Jacopo Guercini per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana; Antonio Davide Barretta, Roberto Gusinu e Maria Francesca De Marco per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese. Inoltre, ringraziamo anche tutti i professionisti delle stesse

aziende che sono stati coinvolti di volta in volta negli incontri in virtù delle proprie competenze e conoscenze sul tema.

Un ringraziamento va infine ai colleghi di Novartis Italia che hanno collaborato con il team SDA Bocconi e con i referenti delle regioni e aziende coinvolte alla buona riuscita del Progetto dell'Academy of Healthcare Management and Economics «Gestione delle liste di attesa e qualità dei servizi - CUP®Evolution»: Giuseppe Pompilio, Silvia Petracca, Ottavio Gallo, Silvana Artimagnella, Marco Scotto, Salvatore Panarese, Giuseppe Viggiano, Stefano Pagliarulo, Valter Roggi e Giuseppe Tattoli.

Gli Autori

Paola Roberta BOSCOLO è Researcher presso la SDA Bocconi School of Management.

Lorenzo FENECH è Associate Professor of Practice presso la SDA Bocconi School of Management.

Laura GIUDICE è Junior Lecturer presso la SDA Bocconi School of Management.

Francesca LECCI è Associate Professor of Practice presso la SDA Bocconi School of Management.

Andrea ROTOLO è Associate Professor of Practice presso la SDA Bocconi School of Management.

Rosanna TARRICONE è Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università Bocconi e Associate Dean della «Government, Health and Not for Profit Division» presso la SDA Bocconi School of Management.

Il volume 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 un approfondimento specifico all'ambito ambulatoriale. Il fenomeno dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie ha da sempre un ruolo di primo piano nel dibattito di policy e management sanitario e sta assumendo ancora più rilevanza alla luce dell'impatto dell'emergenza sanitaria sul SSN. In questo contesto dirimente per le organizzazioni sanitarie, la questione è se e come il nostro SSN ne possa comunque uscire rafforzato in termini di approcci, leve e strumenti per il governo dei tempi di attesa.

Il libro è strutturato come segue. Il primo capitolo fa il punto sulle dimensioni del problema anche nell'ottica di un non semplice confronto internazionale. Nel secondo capitolo si ripercorrono le principali innovazioni e soluzioni indicate dalla letteratura e dalle esperienze internazionali. Nel terzo si propone un excursus dei principali interventi normativi che si avvale anche di un confronto con alcune declinazioni regionali per meglio comprendere le peculiarità applicate dalle singole regioni. Il quarto presenta una disamina delle sfide e soluzioni emerse attraverso un'indagine alle Direzioni sanitarie del SSN e tramite l'analisi di casi aziendali del progetto Academy. Il quinto capitolo si sofferma sul ruolo dei sistemi CUP nella gestione delle liste e dei tempi di attesa durante la pandemia e sul loro percorso evolutivo, avvalendosi delle interviste ai principali referenti dei CUP e dei sistemi informativi delle regioni coinvolte nel progetto di ricerca. Nel sesto capitolo si traggono le fila dei principali risultati delle varie aree di investigazione e in particolare sulle trasformazioni avvenute nello scenario pandemico.

Il contributo è il risultato di due anni di ricerche desk, di indagini e di collaborazioni con le realtà regionali e aziendali coinvolte nel progetto Academy of Health Care Management and Economics di SDA Bocconi e Novartis Italia. Si tratta di un progetto che grazie al contributo e alla collaborazione dei referenti delle regioni di Campania, Puglia e Toscana ha affrontato il tema dei tempi di attesa con l'obiettivo di individuare e supportare trasformazioni, soluzioni e innovazioni nelle strategie, leve di gestione e cruscotti di monitoraggio.

L'Academy of Health Care Management and Economics (2010-2022) è una partnership strategica tra SDA Bocconi School of Management e Novartis Italia che si propone sul panorama nazionale come laboratorio d'innovazione manageriale per le Aziende Sanitarie Pubbliche.