

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.