

I dati amministrativi per la governance dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali: l'esperienza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Luca Armanaschi, Elisabetta Barzan, Magda Cavallucci, Carlo Federici, Marco Sartirana, Florian Zerzer*

Per governare i tempi di attesa delle prestazioni è imprescindibile utilizzare i dati amministrativi nella pianificazione dell'offerta e nel governo della domanda di servizi. L'articolo illustra l'esperienza della ricerca-intervento realizzata dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per la stima dei fabbisogni futuri e l'analisi retrospettiva dei consumi della specialistica ambulatoriale. Viene presentato il modello quantitativo predittivo sviluppato dall'azienda per la definizione del fabbisogno di prestazioni con dettaglio per singola prestazione, e vengono esposte le scelte strategiche aziendali per ridurre i tempi di attesa. Rispetto ad alcune prestazioni di particolare rilevanza sono invece proposte analisi retrospettive per verificare l'appro-

priatezza dei consumi, con particolare riferimento agli indici di consumo per area di residenza, MMG, o fasce di età; alla mobilità intraprovinciale; alle modalità di accesso alle prestazioni; ai codici di priorità. Tale approccio si presta a esser facilmente applicabile ad altre aziende sul territorio italiano data la semplicità dello strumento e la crescente disponibilità e granularità di dati sul consumo di prestazioni sanitarie a disposizione delle aziende.

Parole chiave: liste d'attesa, tempi di attesa, dati amministrativi, specialistica ambulatoriale, Alto Adige, Bolzano.

Articolo sottomesso: 20/04/2022, accettato: 19/09/2022

Administrative data for the governance of waiting times for outpatient services: The experience of the Alto Adige Local Health Authority

To manage waiting times, it is essential to use administrative data in planning the provision and in managing the demand for services. The article illustrates the experience of the Alto Adige Local Health Authority in the estimation of

S O M M A R I O

1. Introduzione e background
2. Contesto dello studio e metodo di lavoro
3. La stima dei fabbisogni futuri
4. Implicazioni manageriali del modello di stima del fabbisogno
5. L'analisi retrospettiva dei consumi
6. Conclusioni e next step

* Luca Armanaschi, Direttore della Ripartizione aziendale Assistenza Ospedaliera e Coordinatore amministrativo del comprensorio sanitario di Bolzano. Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Elisabetta Barzan, Collaboratore presso Cergas SDA Bocconi.

Magda Cavallucci, Direttrice Ufficio Sviluppo Clinico e Strategico, Ripartizione aziendale Assistenza Ospedaliera. Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Carlo Federici, Ricercatore, Cergas SDA Bocconi.

Marco Sartirana, Ricercatore, Cergas SDA Bocconi.

Florian Zerzer, Direttore Generale, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

future needs and in the retrospective analysis of the consumption of outpatient services. The predictive quantitative model developed by the LHA, as well as the strategic choices to reduce waiting times. With respect to some particularly relevant outpatient services, retrospective analyzes are proposed to verify the appropriateness of consumption, with specific reference to consumption indices by area of residence, GP, or age groups; intra-provincial mobility; the methods of accessing services; priority codes.

Keywords: waiting times, outpatient, outpatient services.

First submission: 20/04/2022, accepted: 19/09/2022

1. Introduzione e background

Il contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta un tema di grande attenzione e rilevanza per quasi la totalità dei Paesi OCSE (OECD Health Policy Studies, 2020). Il fenomeno e le sue conseguenze riguardano inevitabilmente i sistemi sanitari a vocazione universalistica, che si propongono di garantire a tutti i propri cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie, secondo i principi di uguaglianza, appropriatezza ed equità che li caratterizzano. La letteratura evidenzia infatti come la centralità del fenomeno derivi, in primo luogo, dal fatto che i tempi di attesa possono avere un effetto sull'equità di accesso (Moscelli *et al.*, 2018; Hajizadeh, 2018; Landi *et al.*, 2018), agendo come barriera che impedisce di usufruire dei servizi e rallenta l'accesso alle cure (Siciliani *et al.*, 2014; Siciliani, 2015). In secondo luogo, il ritardo nell'accesso alle prestazioni può impattare sull'appropriatezza dei pro-

cessi di cura, avendo un effetto sugli *outcome* clinici (Sobolev e Fradet, 2008; Bird *et al.*, 2010; Reichert e Jacobs, 2018; Moscelli *et al.*, 2016) o sull'insorgenza di recidive (Gupta *et al.*, 2016). Un ritardo nell'accesso alle cure può inoltre avere un impatto anche dal punto di vista economico, generando un incremento della spesa dettato dalla presa in carico tardiva del paziente (Ray *et al.*, 2015; Siciliani *et al.*, 2009). Nel Paesi europei, il tema delle liste d'attesa riguarda diffusamente diversi setting assistenziali (OECD, 2020) affliggendo in particolare gli interventi chirurgici in elezione (McIntyre e Chow, 2020), le prestazioni specialistiche ambulatoriali e le procedure diagnostiche (si veda il NHS England Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times Data).

In particolare, il contenimento dei tempi di attesa connessi all'attività ambulatoriale necessita di particolare attenzione nello scenario demografico in cui attualmente versa il nostro Paese. L'aumentare dell'età media della popolazione è infatti il responsabile del crescente peso epidemiologico ed economico delle malattie croniche di cui è affetta il 30% della popolazione (Muka *et al.*, 2015; Nolte e McKee, 2008; Fait *et al.*, 2015). Per far fronte ai crescenti bisogni assistenziali, nel nostro Paese sono stati introdotti nuovi modelli organizzativi di servizio che integrano i vari setting assistenziali e rinnovano il processo di presa in carico, potenziando in particolare il portafoglio dei servizi territoriali e ampliando l'attività ambulatoriale a essi connessa. A questi elementi demografico-epidemiologici, si aggiunge l'impatto sui volumi dell'attività ambulatoriale dell'emergenza Covid-19 che ha inevitabilmente dilatato i tempi di accesso ad alcune tipologie di prestazioni per le quali durante il picco pandemico è stata ridotta o, a

volte, sospesa l'erogazione (AAVV, 2022).

Al fine di contenere il fenomeno dei tempi di attesa e far fronte al crescente volume di prestazioni, la letteratura suggerisce di agire sul lato dell'offerta (Riganti *et al.*, 2017) attraverso un approccio multidimensionale (Bachellet *et al.*, 2019; Pomey *et al.*, 2013) che agisca parallelamente sulle risorse allocate e sulle leve di efficientamento produttivo (Naiker *et al.*, 2017). Coerentemente, negli ultimi anni il Sistema Sanitario Nazionale ha sviluppato una serie di traiettorie di intervento a livello centrale, volte anzitutto al potenziamento della capacità produttiva. In questa direzione vanno gli interventi normativi che disciplinano il governo delle liste di attesa individuando degli strumenti di azione condivisi. Si ricordano in particolare il recente Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e le sue declinazioni regionali, la Legge 24 aprile 2020 n. 27 e l'art. 29 "Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa" della Legge 13 ottobre 2020 n. 26, che disciplinano la possibilità di reclutare personale aggiuntivo e di incrementare il monte ore dedicato all'assistenza specialistica ambulatoriale attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive erogate dal personale dipendente. A questi importanti interventi normativi si aggiungono i finanziamenti *ad hoc* previsti dalla Legge di Bilancio 2019 e dal D.L. n. 119/2018, convertito dalla Legge n. 136/2018, che assommano a circa 400 milioni di euro e sostengono il potenziamento tecnologico e digitale dei Centri Unici di Prenotazione al fine di migliorare l'accesso ai servizi e conseguentemente ridurre i tempi di attesa. Parallelamente, le Aziende Sanitarie stanno implementando localmente

numerose strategie manageriali per potenziare i processi produttivi al fine di garantire un incremento dei volumi di offerta. Le leve gestionali più diffusamente utilizzate hanno riguardato i sistemi informativi che sono stati sviluppati: i) a supporto delle attività di prenotazione; ii) per migliorare le decisioni cliniche dei *practitioners* e quindi l'appropriatezza dei processi di presa in carico; iii) per la gestione delle disdette e dei no-show degli utenti; iv) per monitorare l'intero processo di accesso alle cure specialistiche (Cusini *et al.*, 2008; Boscolo *et al.*, 2021).

Il portafoglio di strategie implementate nel nostro Paese agisce quindi con un approccio multidimensionale (Pomey *et al.*, 2013) sul fronte dell'offerta, ampliando la capacità produttiva del sistema da un lato, ed efficientando i processi di erogazione dei servizi dall'altro. Con specifico riferimento ai tempi di attesa, la letteratura ha tuttavia evidenziato come accrescere la produzione non porti necessariamente al contenimento del fenomeno nel lungo periodo (Siciliani *et al.*, 2013).

I tempi di attesa possono infatti scontare diversi fattori, quali la presenza di una domanda inappropriata che consuma risorse scarse, ma anche carenze a livello organizzativo, determinate per esempio da una distribuzione non ottimale delle risorse umane e tecnologiche tra i diversi setting assistenziali, dalla difficoltà di governare la stagionalità della domanda, dall'inappropriatezza dei setting di erogazione (Pomey *et al.*, 2013; Xie e Or, 2017).

Conseguentemente, emerge l'importanza di analizzare e agire anche sul fronte della domanda, per esempio potenziando il coordinamento nella rete di offerta e la funzione di *gatekee-*

ping (Mariotti *et al.*, 2014) o efficientando i criteri che definiscono la priorità e le tempistiche nell'accesso alle cure (Siciliani *et al.*, 2013) al fine di minimizzare l'impatto dei ritardi nella presa in carico. Indagare le dinamiche che agiscono sul fronte della domanda consente di approfondire le specificità che guidano dei bisogni dell'utenza e di impostare coerentemente i modelli di servizio: "Prima di porre in atto qualsiasi strategia che riguardi il potenziamento delle capacità produttive [della diagnostica per immagini] è necessaria l'analisi del contesto e l'identificazione delle problematiche territoriali specifiche... Emerge quindi la necessità di utilizzare maggiormente leve di governo della domanda al fine di individuare e, se possibile, eliminare le cause della variabilità di volumi non spiegabili solamente in base a determinanti demografico-epidemiologiche" (Bettelli *et al.*, 2016).

Al fine di intercettare le variabili che agiscono sul lato della domanda, i database amministrativi rappresentano uno strumento prezioso poiché consentono di ricomporre i bisogni sanitari dell'utenza nella logica propria del Population Health Management (Berwick *et al.*, 2008). Questo approccio, attraverso l'identificazione di alcune variabili di consumo lette retrospettivamente, consente di ricostruire i consumi sostenuti da una coorte predefinita di pazienti e individuare i profili di consumo tipici per pazienti con caratteristiche omogenee, evidenziando situazioni di *overtreatment* o *undertreatment* (Lucifora *et al.*, 2021; Venturelli *et al.*, 2021) e diventando uno strumento di monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi (Nutti e Vainieri, 2021; Segal *et al.*, 2015).

La letteratura (Mazzali e Duca, 2015) evidenzia inoltre come il crescente uti-

lizzo per finalità di ricerca, prevenzione e organizzazione in ambito sanitario dei dati amministrativi presenti innumerevoli vantaggi, legati all'ampia disponibilità di informazioni e alla possibilità di confrontare dati real-world con evidenze di studi sperimentali. Si evidenziano e discutono tuttavia anche alcuni limiti che riguardano la natura amministrativa e retrospettiva del dato. Al fine di fornire una rappresentazione completa, la media dei consumi di prestazioni può non rappresentare un indicatore sufficiente per valutare i profili di consumo dei pazienti ma è necessario considerare alcune specificità che determinano i comportamenti di consumo dell'utenza. Tra queste si segnalano il contesto territoriale di residenza, la ricchezza delle reti sociali del paziente, il livello di reddito e di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti, che possono impattare negativamente rispetto al consumo di prestazioni.

Alla luce di tale quadro, il presente articolo mira a indagare come i database amministrativi possono supportare la pianificazione dell'offerta e il governo della domanda di servizi attraverso l'approfondimento di un case study. L'esperienza analizzata è quella dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per la quale è stato definito attraverso l'analisi dei database amministrativi e demografici aziendali un modello quantitativo predittivo per il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali.

2. Contesto dello studio e metodo di lavoro

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è una delle più grandi aziende sanitarie del Paese, con oltre 1,5 miliardi di valore della produzione e più di 10.000 dipendenti, che serve una popolazione di 530.000 abitanti distribuiti su un territorio di 7.400 km². È suddivisa

territorialmente in quattro comprensori sanitari: Comprensorio sanitario di Bolzano, Comprensorio sanitario di Merano, Comprensorio sanitario di Bressanone, Comprensorio sanitario di Brunico, ai quali compete, in base al principio di sussidiarietà, la gestione dei servizi sanitari, la collaborazione con il settore sociale ai fini dell'integrazione socio-sanitaria e la gestione del rispettivo ospedale comprensoriale con una o più sedi, ove previsto¹. Complessivamente l'assistenza ospedaliera viene garantita attraverso una rete provinciale di sette strutture ospedaliere pubbliche e di circa 20 strutture private convenzionate con il Servizio Sanitario Provinciale.

A differenza di altri contesti sanitari nazionali, la Provincia Autonoma di Bolzano finanzia direttamente il proprio sistema sanitario. La spesa sanitaria pro capite per la gestione corrente² è pari a 2.695 euro, a fronte di una media nazionale di 2.115 euro e una media delle regioni del nord Italia di 2.194 euro. Tale valore è però inferiore alla spesa sanitaria pubblica pro capite

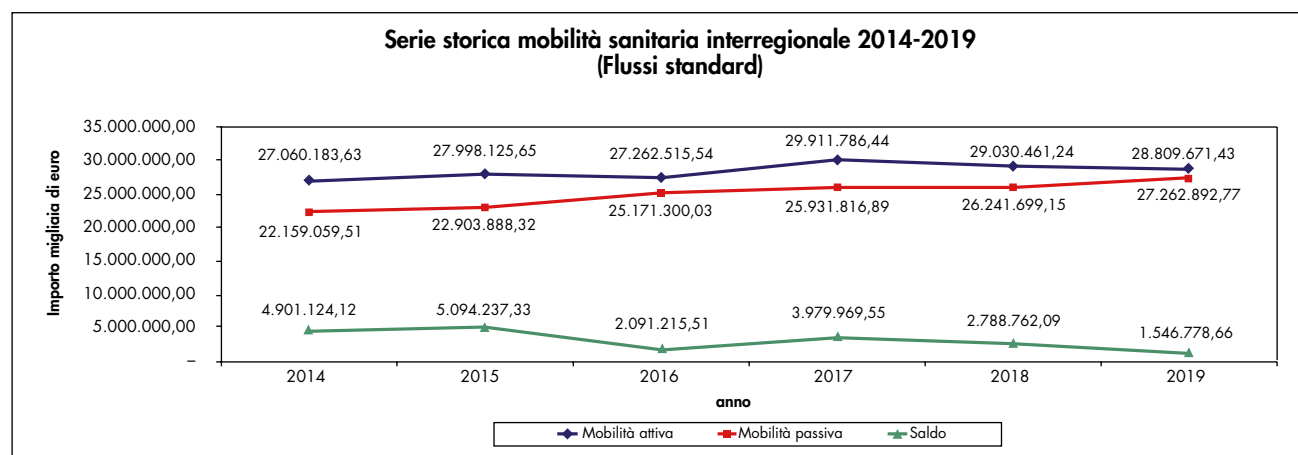
della vicina Austria (oltre a 3.300 euro). Inoltre, in termini relativi, tale valore è pari solo al 5,1% del PIL regionale (il valore più basso a livello nazionale insieme con la Lombardia). Con riferimento all'assistenza ospedaliera, il numero di 3,6 posti letto per 1.000 abitanti è in linea con la media nazionale. Con riferimento invece all'assistenza territoriale risalta il numero medio di scelte per MMG e PLS pari rispettivamente a 1.551 e 1.063: in entrambi i casi si tratta del valore più alto del Paese.

Per quanto attiene la mobilità sanitaria, la Provincia Autonoma di Bolzano registra nel periodo 2014-2019 una tendenza positiva del saldo generale della mobilità attiva al netto di quella passiva. La mobilità sanitaria attiva è composta in prevalenza da prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, che nell'anno 2019 costituivano insieme il 72,4% del valore complessivo, mentre la mobilità sanitaria passiva è costituita per l'88,9% da ricoveri ospedalieri e prestazioni di specialistica ambulatoriale³.

Fig. 1
Mobilità sanitaria Provincia Autonoma di Bolzano (valori 2014-2019)

¹ Legge provinciale 21 aprile 2017, n. 3: Struttura organizzativa del Servizio sanitario provinciale.
² I dati del paragrafo sono tratti dal Rapporto OASI 2021.

³ Fonte dati: Relazione sulla mobilità sanitaria – Anni 2014 – 2019: dati sulla mobilità sanitaria internazionale e interregionale – Assessorato alla Salute.



In tale contesto, l'azienda si è trovata nel 2019 in una situazione di rilevante criticità con riferimento alla capacità di rispondere agli obiettivi nazionali di rispetto dei tempi di attesa per l'attività specialistica ambulatoriale⁴. A tale scopo, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, in stretta collaborazione con un team di ricercatori del Cergas Bocconi ha realizzato una action research con l'obiettivo di analizzare come le aziende sanitarie possono utilizzare i dati amministrativi per governare tempi di attesa e programmare l'assistenza specialistica. L'action research (Coghlan e Brydon-Miller, 2014; Erro-Garcés e Alfaro-Tanco, 2020) è un approccio metodologico che ha un duplice obiettivo, in quanto intende contribuire sia allo sviluppo della scienza che alla risoluzione di problematiche pratiche che, nell'ambito della ricerca manageriale, sono abitualmente di natura gestionale/organizzativa. Caratteristiche specifiche di tale approccio sono l'interazione tra ricercatori e manager/professionisti lungo l'intero processo, e il fatto che la ricerca e l'intervento sono entrambe parte del risultato finale.

La ricerca ha dunque portato:

- 1) all'elaborazione di un modello quantitativo predittivo per la definizione del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali per il triennio 2020-2022;
- 2) all'analisi retrospettiva della produzione, con focus su alcune prestazioni, così da approfondire possibili situazioni di undertreatment o overtreatment e supportare la programmazione aziendale nelle

⁴ Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 21 febbraio del 2019.

strategie per il governo dei tempi di attesa in ambito di specialistica ambulatoriale.

Nel settembre 2019 si è costituito un gruppo di lavoro che ha condiviso obiettivi e metodi. Si è quindi proceduto a costruire il modello predittivo e ad analizzare i database aziendali della specialistica ambulatoriale, condividendo i risultati intermedi nel corso di incontri periodici successivi e alla presentazione dei risultati nel febbraio 2020.

3. La stima dei fabbisogni futuri

In primo luogo, è stato sviluppato un modello quantitativo predittivo per la definizione del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige attraverso l'analisi di serie storiche create utilizzando database amministrativi e demografici aziendali. È stato quindi sviluppato un quadro analitico che consentisse la definizione del fabbisogno di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate con dettaglio per singola prestazione. I database aziendali disponibili sono stati aggregati e strutturati in modo da poter identificare i consumi mensili per prestazione negli anni 2014-2018, con analisi di dettaglio in riferimento al comprensorio sanitario erogante e alla natura dell'erogatore (pubblico o privato)⁵. Una volta aggregati, i dati sono stati caricati in un modello dati su Microsoft Excel®, configurato per produrre i seguenti output:

- 1) la stagionalità media nel trend di erogazione delle prestazioni per gli

⁵ Per queste elaborazioni, sono stati utilizzati i flussi relativi alle prestazioni erogate, non essendo disponibili il flusso aziendale completo relativo alle impegnative dematerializzate.

- anni 2014-2018 (i.e., la media delle prestazioni erogate in ogni mese nei 5 anni considerati);
- 2) un'analisi predittiva per gli anni 2019⁶-2022 secondo l'evolversi del trend di consumo storico.

Con riferimento alle analisi predittive, il modello ha utilizzato la funzione nativa su Excel[®] 2016 (*FORECAST.ETS*). La funzione, opera uno *smoothing* esponenziale secondo l'algoritmo Exponential Triple Smoothing (ETS), un algoritmo statistico comunemente usato per la previsione delle serie temporali, particolarmente utile per serie di dati con stagionalità (D'Sa *et al.*, 1994; Mikkelsen e Andersen, 2016; Ordu *et al.*, 2019). ETS calcola una media ponderata su tutte le osservazioni nel set di dati della serie temporale di input, e utilizza pesi che sono esponenzialmente decrescenti nel tempo (al contrario dei metodi a media mobile che utilizzano pesi costanti). I pesi dipendono da un parametro costante, che è noto come il parametro di *smoothing*.

L'utilizzo di una funzione nativa di Excel[®] per l'analisi predittiva delle prestazioni è stato preferito ad altri metodi più sofisticati per via dei seguenti vantaggi:

- 1) non richiede l'utilizzo di software terzi per la stima delle previsioni;
- 2) facilita l'aggiornamento del cruscotto una volta disponibili dati aggiornati sulle erogazioni;
- 3) presenta comunque una buona performance nel breve termine simile a altri metodi più sofisticati.

⁶ I dati 2019 non erano ancora disponibili al momento dell'analisi, sono pertanto stati stimati sulla base dei trend di consumo degli anni precedenti.

In aggiunta alla stima del fabbisogno sulla base del trend di consumo storico, si è proceduto a integrare il cruscotto al fine di:

- 1) identificare il fabbisogno aggiuntivo di prestazioni necessario per recuperare la mobilità passiva extra-provinciale, definito pari al 100% delle prestazioni erogate in mobilità passiva⁷;

identificare, con riferimento alle sole prestazioni monitorate, il fabbisogno aggiuntivo per l'anno 2020 necessario al fine di abbattere le liste di attesa⁸. A tale proposito sono state considerate le prestazioni con codice priorità B (Breve) e D (Differibile) in lista d'attesa oltre i tempi massimi previsti dalla normativa nazionale (10 giorni per le prestazioni con codice B, 30 giorni per le visite con codice D e 60 giorni per gli esami diagnostici con codice D)⁹. È stata anche valutata la possibilità di stimare l'incremento della domanda, collegato alla diminuzione dei tempi di attesa, anche a seguito di un "rientro di parte dell'utenza dal settore privato puro verso il settore pubblico". A tal fine, tuttavia, sarebbe stato necessario procedere, da un lato, a

⁷ Per alcune prestazioni (in particolare prime visite e visite di controllo: 89.7 e 89.01) i dati della mobilità passiva non riportano il dettaglio della branca specialistica. Pertanto, sono state attribuite alle diverse branche sulla base delle percentuali osservate presso l'azienda (valore medio 2016-2018).

⁸ In assenza del flusso delle prescrizioni, che – insieme al flusso delle prestazioni erogate – avrebbe consentito un approfondimento sui tempi di attesa, l'analisi si è concentrata sui volumi di prestazioni in attesa.

⁹ È stato considerato il valore rilevato al 28 ottobre 2019. L'ammontare da recuperare è stato definito pari al 200% delle prestazioni B e D in attesa extra soglia (al fine di azzerare potenzialmente tali tempi di attesa entro 6 mesi), al 100% di quelle sottosoglia e al 10% delle prestazioni P in attesa, al fine di ridurre anche tali tempi di attesa e favorire così l'appropriatezza prescrittiva da parte dei MMG.

una stima della riduzione dei tempi di attesa conseguente all'aumento dei volumi di offerta e, dall'altro, a una stima dell'elasticità della domanda¹⁰ delle singole prestazioni ai tempi di attesa. In ragione della complessità di tali stime e all'indisponibilità del dato sulla spesa out-of-pocket, si è optato per non considerare tale elemento (a ogni modo il significativo incremento di prestazioni previsto per ridurre il numero di prestazioni in attesa incorpora il potenziale incremento della domanda conseguente alla riduzione dei tempi di attesa);

2) da ultimo, si è provveduto a indicare la quota di attività ambulatoriale composta da prestazioni con modalità di accesso diversa dall'impegnativa. Si tratta prevalentemente di prestazioni con modalità di accesso tramite Pronto Soccorso e OBI.

4. Implicazioni manageriali del modello di stima del fabbisogno

Il modello predittivo del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali elaborato dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige secondo la metodologia descritta ha rivestito, a partire dal 2020, un ruolo importante nelle politiche di intervento per la riduzione dei tempi di attesa in linea con quanto definito dall'ultimo Piano per il Governo delle Liste di attesa 2019-2021¹¹. In particolare, il model-

¹⁰ Per elasticità della domanda ai tempi di attesa si intende la variazione percentuale della domanda in rapporto alla diminuzione percentuale dei tempi di attesa. In letteratura tale valore, con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, varia tra il 0,06 e il 0,39, in funzione delle diverse tipologie di prestazioni e delle differenti variabili di contesto (fattori istituzionali, culturali, presenza di erogatori privati ecc.). Per approfondimenti si veda Windmeijer et al. (2004), Martin e Smith (2003), Gravelle et al. (2002).

¹¹ Piano Provinciale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, approvato con delibera di Giunta Provinciale n. 915 del 05/11/2019 e Piano Attuativo Aziendale per il governo dei tempi di attesa 2020-2022

lo sviluppato ha supportato l'attuazione delle policy aziendali di acquisto di prestazioni sanitarie, al fine di potenziare l'offerta ambulatoriale istituzionale e contestualmente garantire una più omogenea distribuzione della stessa in relazione al fabbisogno rilevato nelle diverse aree territoriali della provincia. L'analisi di confronto tra la stima del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali, triennio 2020-2022, e l'offerta istituzionale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, ha difatti contribuito a individuare *gap prestazionali*, dove attuare specifiche misure per colmare un fabbisogno che sarebbe rimasto altrimenti scoperto. Queste misure si sono concretizzate in:

- 1) stipula di contratti di convenzionamento con nuovi partner privati accreditati;
- 2) revisione e potenziamento dell'istituto delle prestazioni aggiuntive svolte da parte dei dirigenti medici dipendenti dell'azienda.

Nel corso del 2022, al fine di definire il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali per il triennio 2023-2025 e in considerazione dell'imminente scadenza degli accordi contrattuali stipulati con partner privati per il triennio 2020-2022, l'Azienda Sanitaria ha aggiornato il modello predittivo di stima delle prestazioni ambulatoriali con dati più recenti.

4.1. Policy aziendali di partnership con strutture private accreditate per la programmazione dell'offerta

Prima dell'introduzione del sopraccitato modello le policy di acquisto di presta-

dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige 2020-2022, approvato con delibera dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige n. 84 del 04/02/2020.

Tab. 1 – La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata (valori pro capite, 2019)

	Ospedaliera accreditata, €	Specialistica accreditata, €	Riabilitiva accreditata, €	Altra assistenza accreditata*, €	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro capite, €	Totale spesa sanitaria nel SSR per la gestione corrente pro capite, €	% Spesa sanitaria SSN per assistenza privata accreditata 2019
Piemonte	113	62	31	146	352	1.933	17,0%
Valle d'Aosta	56	13	23	48	140	2.213	6,3%
Lombardia	240	108	26	223	598	1.809	28,9%
PA Bolzano	50	20	67	181	317	2.467	12,7%
PA Trento	114	54	36	349	553	2.346	23,4%
Veneto	113	72	20	181	386	1.936	19,0%
Friuli VG	52	43	35	134	264	2.178	11,9%
Liguria	134	74	30	131	369	2.160	16,7%
Emilia Romagna	140	52	20	202	415	2.101	18,9%
Toscana	82	44	24	131	281	2.039	13,2%
Umbria	50	29	44	118	242	2.037	11,6%
Marche	75	37	30	122	263	1.958	13,2%
Lazio	235	90	42	139	507	1.692	26,1%
Abruzzo	99	36	27	92	254	1.953	12,8%
Molise	241	132	35	109	517	2.457	21,0%
Campania	149	134	35	52	370	1.637	20,1%
Puglia	184	72	29	108	393	1.802	20,5%
Basilicata	22	66	55	68	211	1.933	10,8%
Calabria	98	63	52	82	295	1.762	15,8%
Sicilia	143	106	45	105	399	1.686	20,9%
Sardegna	48	78	32	96	255	2.058	12,1%
ITALIA	151	81	29	144	405	2.027	21,0%

* La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2019

zioni da partner privati presenti sul territorio provinciale, si basavano unicamente sul principio della spesa storica oppure, in caso di nuovi accordi contrattuali, sulla scorta di stime quantitative espresse dai rispettivi direttori medici di unità operativa complessa. Nel panorama italiano, la Provincia Autonoma di Bolzano risultava essere una delle realtà che ricorre in minor misura alla collaborazione contrattuale con strutture private accreditate. Nel 2019 la spesa per l'assistenza sanitaria privata accreditata in Alto Adige (12,7% del totale della spesa) si attesta di fatto al di sotto sia del valore registrato nello stesso anno a livello nazionale (21,0%), che nelle limitrofe Provincia Autonoma di Trento (23,4%) e Regione Veneto (19,0%). Soprattutto nell'ambito della specialistica ambulatoriale si evidenzia, per la

Provincia Autonoma di Bolzano, un ridotto ricorso al settore privato convenzionato (6,3% sulla spesa complessiva per l'assistenza sanitaria privata accreditata). Nel 2019, il numero di strutture private accreditate eroganti attività specialistiche ambulatori in Provincia Autonoma di Bolzano ammontava a n. 22, con un rapporto di n. 4,1 strutture per 100.000 abitanti, mentre a livello nazionale la media si assestava sulle n. 8,9 strutture ogni 100.000 abitanti¹².

Il ridotto ricorso dell'Alto Adige a partnership con la rete degli erogatori privati accreditati ha rappresentato, soprattutto per la specialistica ambulatoriale, un punto di partenza privilegiato rispetto ad altre realtà italiane,

¹² Fonte dati: Ministero della Salute, 2021.

consentendo all’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige di attuare, a partire dal 2020, eterogenee politiche incrementali dell’offerta istituzionale, alla luce anche di rinnovati stimoli e obiettivi strategici nel miglioramento dei tempi di attesa.

L’attuazione di policy aziendali di partnership con erogatori privati accreditati ha coinvolto *in primis* le prestazioni sanitarie che evidenziavano criticità nel rispetto dei tempi di attesa e che sono divenute oggetto di obiettivo prioritario per il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria (visita oculistica, ORL, dermatologica e risonanze magnetiche). In secondo luogo, l’analisi è stata estesa alle altre prestazioni oggetto di monitoraggio ai sensi del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. L’individuazione delle specifiche prestazioni sanitarie oggetto di convenzionamento con le strutture private accreditate è stata effettuata dall’Azienda Sanitaria in considerazione di tre fattori:

- 1) la necessità di garantire, nell’ambito delle partnership con le strutture private una presa in carico completa del paziente. Per esempio, per quanto riguarda la branca oculistica, è stato previsto l’acquisto di pacchetti di prime visite, visite di controllo, campi visivi e interventi per cataratta, assicurando un percorso di cure integrato e quindi una completa presa in carico dei pazienti all’interno della struttura privata convenzionata. Per la branca ortopedia, il pacchetto di prestazioni contrattualizzato con le strutture private ha contemplato non solo visite specialistiche in senso stretto, ma anche alcuni interventi di chirurgia ambulatoriale a elevata frequenza e interventi di endoprotesica maggiore. Iniziativa che ha portato

nel 2021 oltre alla riduzione dei tempi di attesa sia per interventi chirurgici che per visite specialistiche (da 30 giorni nel 2019 a 16 giorni nel 2021 di tempo medio di attesa per una prima visita ortopedica), anche a una ritrovata fiducia nel Sistema sanitario provinciale da parte dei pazienti altoatesini, evidenziata grazie alla riduzione della mobilità sanitaria verso la vicina Provincia Autonoma di Trento del 60% rispetto a quanto registrato nel triennio 2016-2018 per interventi di protesi ortopediche;

- 2) l’offerta istituzionale garantita dall’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige nel triennio 2020-2022 al fine di colmare i gap prestazionali rilevati grazie al modello predittivo del fabbisogno;
- 3) la disponibilità contrattuale da parte delle strutture private accreditate presenti sul territorio, orientata maggiormente verso pacchetti di prestazioni sanitarie adeguatamente remunerative.

Proprio in relazione a quest’ultimo punto, al fine di rendere maggiormente interessanti, dal punto di vista remunerativo, alcune prestazioni sanitarie oggetto di potenziale futuro convenzionamento, è stata introdotta in stretta sinergia con l’Assessorato alla Salute della Provincia Autonoma di Bolzano una politica tariffaria, volta ad aumentare le tariffe di alcune prestazioni sanitarie, analizzando anche l’impatto di tali incrementi sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) corrisposta dal paziente. Il primo intervento di revisione degli importi tariffari del nomenclatore provinciale della specialistica ambulatoriale ha riguardato la tariffa per prima visita specialistica: a seguito di un confronto sugli importi tariffari in

vigore in contesti regionali limitrofi la Giunta Provinciale della Provincia Autonoma di Bolzano ha approvato nel corso del 2020 con propria deliberazione¹³, una nuova tariffa, da 25,00 euro a 36,15 euro. Analogamente a quanto fatto con la tariffa della prima visita specialistica sono state sottoposte nel corso del 2020 a una revisione tariffaria ulteriori prestazioni, oggetto di contrattazione con le strutture private ubicate sul territorio provinciale.

4.2. Un'ulteriore leva di governo dell'offerta: le prestazioni aggiuntive aziendali. È ormai noto come la pandemia di Covid-19 abbia inciso negativamente in questi ultimi anni sull'erogazione delle prestazioni sanitarie. Per la specialistica ambulatoriale, il numero di prestazioni erogate in Azienda Sanitaria per il periodo marzo-dicembre 2020 ha evidenziato una riduzione complessiva del 27,8% se confrontato con la media delle prestazioni specialistiche erogate nello stesso periodo degli anni 2018 e 2019¹⁴. Per recuperare queste prestazioni perse causa pandemia e abbattere contestualmente i tempi di attesa, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha fatto ricorso nel 2021 allo strumento delle prestazioni aggiuntive offerte dal personale sanitario dell'Azienda Sanitaria e remunerate in base a una tariffa oraria, con eventuale pagamento del ticket da parte del paziente, qualora dovuto. L'aggiornamento del nomenclatore tariffario provinciale per la prima visita specialistica, come prima specificato, ha consentito di aumentare l'attrattività e quindi aumentare l'offerta di prestazioni

ambulatoriali sia da parte dei partner privati accreditati, ma anche da parte dei dipendenti, grazie all'istituto delle prestazioni aggiuntive. Nel 2020, l'Azienda Sanitaria ha potuto quindi revisionare la tariffa oraria aziendale per le prestazioni aggiuntive a favore del personale dirigente medico dipendente dell'azienda, aumentando la stessa da euro 75,00/ora a euro 100,00/ora, anche in virtù del protocollo d'intesa sottoscritto con le rappresentanze sindacali¹⁵.

Le prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici, sostenute economicamente dall'azienda, sono state espletate nel corso del 2021 per le prestazioni ambulatoriali che, secondo le rilevazioni del Centro Unico di Prenotazione Provinciale, riportavano maggiore criticità nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per singola priorità clinica.

5. L'analisi retrospettiva dei consumi

Una seconda fase del lavoro si è focalizzata sull'analisi di dettaglio di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale di particolare rilevanza per l'azienda, essendo specifico obiettivo prioritario assegnato dall'Assessorato alla Salute all'Azienda Sanitaria. Si tratta di prime visite afferenti alle branche specialistiche di oculistica, otorinolaringoiatria e dermatologia e alle prestazioni di risonanza magnetica nucleare (RM), con l'obiettivo di verificare l'appropriatezza dei consumi e definire strategie per il governo dell'offerta e della domanda.

Si riportano di seguito le analisi¹⁶, con

¹³ Delibera della Giunta Provinciale n. 481 del 30/06/2020, *Aggiornamento del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale ed esenzioni ticket*.

¹⁴ Fonte dati: *Documento programmatico per la definizione del fabbisogno sanitario, 2021-2024 - Osservatorio Epidemiologico Provinciale - Assessorato alla Salute*.

¹⁵ Art. 25 del Contratto Collettivo Integrativo aziendale per l'area del personale medico e medico veterinario del Servizio Sanitario Provinciale, così come ulteriormente integrato dal Protocollo d'Intesa tra Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e OO.SS. d.d. 17/08/2020.

¹⁶ Dove non diversamente specificato i dati fanno riferimento all'anno 2018.

particolare riferimento agli indici di consumo per comprensorio di residenza, area di residenza, MMG, fasce di età; mobilità intraprovinciale; modalità di accesso alle prestazioni; codice di priorità; liste di attesa e mobilità passiva.

Anzitutto, la Tab. 2 mostra come varia il consumo di prestazioni in funzione del comprensorio sanitario di residenza del paziente. Sebbene il dato sia inficiato dalle modalità di rilevazione non omogenee nei comprensori sanitari, non consideri possibili specificità epidemiologiche e non tenga conto dei consumi privati out-of-pocket dei pazienti, esso mostra come vi siano significative differenze nei comportamenti di consumo tra i quattro comprensori. Per esempio, i residenti nel comprensorio sanitario di Merano hanno un consumo di visite oculistiche di un terzo superiore rispetto a quelli di Bressanone, e un consumo di visite ORL del 50% superiore a quelli

di Bolzano o Brunico. Differenze significative si riscontrano anche per prestazioni diagnostiche quali la RM dell'encefalo o della colonna.

La Tab. 3 mette invece in evidenza che il consumo dei pazienti residenti nelle quattro città di Merano, Bolzano, Bressanone e Brunico è superiore a quello dei pazienti che risiedono fuori città per molte prestazioni (fino all'80% nel caso della RM della colonna). Tale fenomeno risulta essere diffuso e rispecchia quanto riportato anche in letteratura, relativamente alla correlazione diretta tra offerta e domanda di prestazioni.

I grafici riportati in Fig. 2¹⁷ mostrano la distribuzione del consumo di prestazioni tra pazienti di diversi MMG (in ascissa è riportato il numero progressivo di MMG e in ordinata il consumo di

¹⁷ Il primo grafico riporta la somma dei sei codici prestazione per le risonanze magnetiche, gli altri tre grafici riportano la somma delle prestazioni di prima visita e visita di controllo.

Tab. 2 – Indici di consumo per 1.000 abitanti, per comprensorio sanitario di residenza

Descrizione	Bolzano	Bressanone	Brunico	Merano
Visita oculistica	71,48	62,62	66,04	82,25
Visita ORL	49,78	57,87	51,22	74,56
Visita dermatologica	65,47	60,56	60,99	71,92
RM Encefalo	11,01	9,08	8,01	11,66
RM Colonna	16,13	13,53	12,91	12,20
RM Addome	1,61	1,67	1,52	1,64

Tab. 3 – Indici di consumo per 1.000 abitanti, per area di residenza

	RM ENC	RM ENC MDC	RM COL	RM COL MDC	RM ADD	RM ADD MDC	VC OCU	VC ORL	PV ORL	PV DERMA	PV OCU
Media AA	5,1	5,4	2,0	12,3	0,3	1,3	53,6	30,1	57,6	65,8	72,2
Media fuori città	4,6	4,6	1,5	10,1	0,3	1,1	49,1	30,1	51,3	57,2	65,3
Media città	6,0	6,7	2,7	16,4	0,4	1,5	61,7	30,0	69,1	81,4	84,9

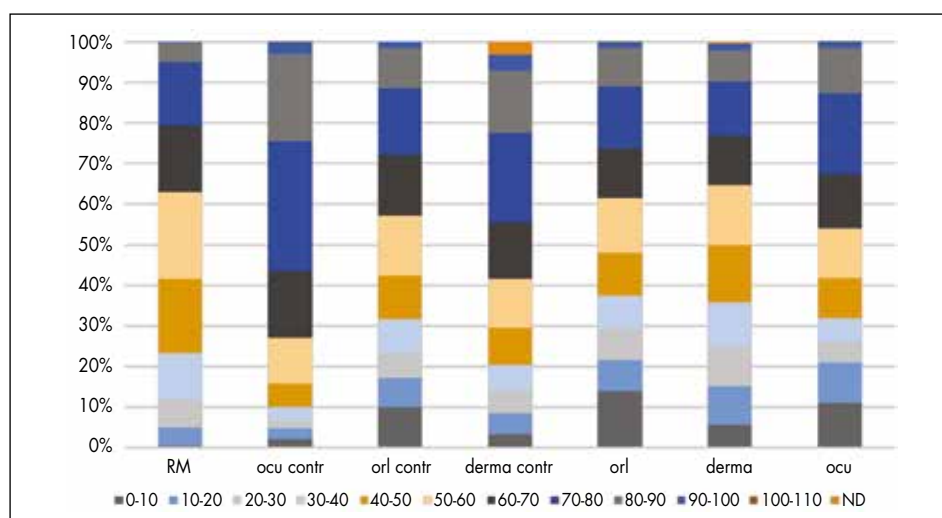
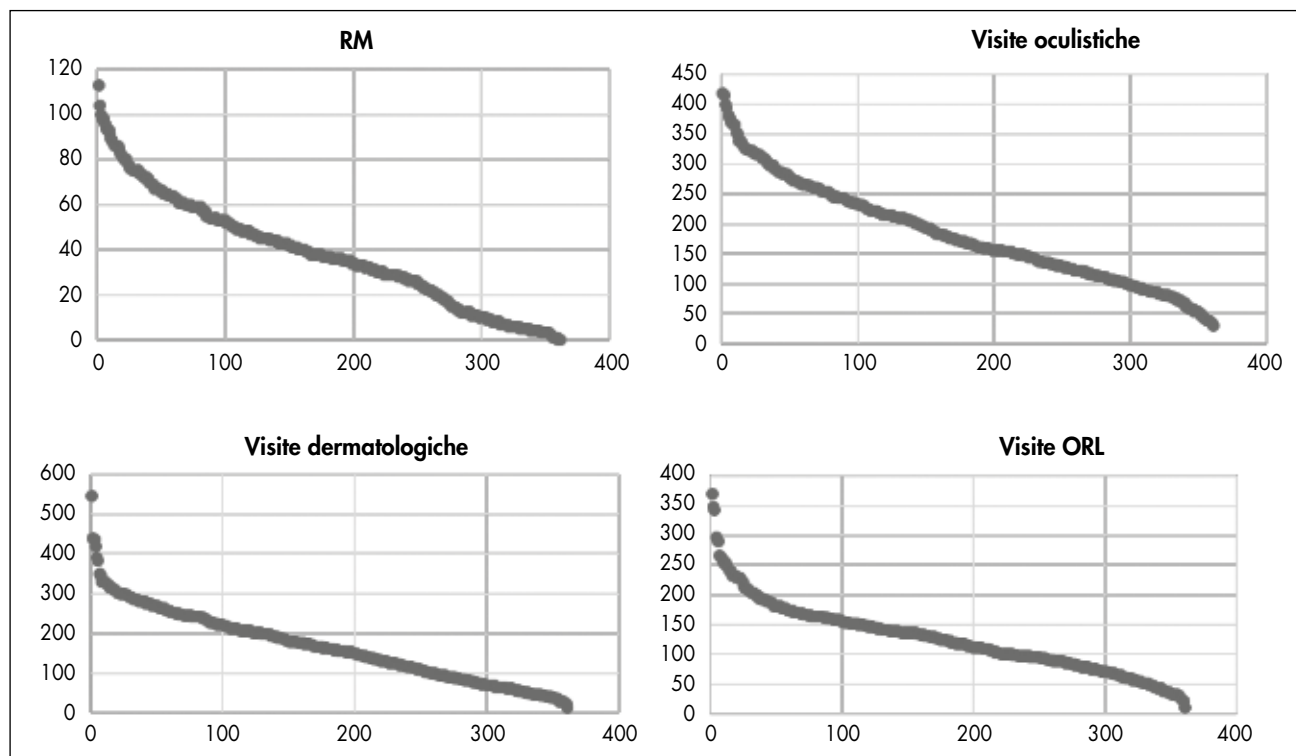


Fig. 2
Indici di consumo per MMG

Fig. 3
Consumi per fasce d'età

prestazioni dei pazienti di tale MMG). Ne emerge una forte variabilità. Per esempio, il 33% delle risonanze magnetiche si concentra tra i pazienti di 60 MMG, il 33% delle visite oculistiche,

dermatologiche e ORL si concentrano rispettivamente tra i pazienti di 72, 68 e 73 MMG.

La Fig. 3 mostra i dati di consumo suddivisi per fascia d'età per le diverse

prestazioni analizzate. Mentre alcune prestazioni si distribuiscono in maniera relativamente omogenea tra le classi di età, alcune visite di controllo presentano una quota estremamente rilevante di pazienti over 70. Tali informazioni sono rilevanti in fase di programmazione delle attività, identificazione delle strutture eroganti, politiche di comunicazione dei servizi, analisi dell'appropriatezza prescrittiva ecc.

La Fig. 4 mostra i principali flussi intraprovinciali di pazienti. I dati, da leggere insieme a quelli riportati nelle figure precedenti, danno indicazioni significative sulla capacità di offerta dei diversi territori e possono guidare scelte di riallocazione/incremento della capacità produttiva relativamente alle specifiche prestazioni. Emerge una complessiva buona capacità di dare risposta ai bisogni dei residenti.

I grafici in Fig. 5 mostrano come la mobilità interna per le visite oculistiche e per le visite ORL in alcuni comprensori sanitari superi il 20% del totale, suggerendo una maggiore offerta di queste visite nei comprensori che pre-

sentano un basso indice di consumo, ma un'alta mobilità infra-provinciale. Per esempio, il comprensorio sanitario di Bressanone presenta il più basso indice di consumo e al contempo la più alta mobilità, mentre i comprensori di Bolzano e Brunico presentano il più basso indice di consumo e la più alta mobilità per le visite ORL.

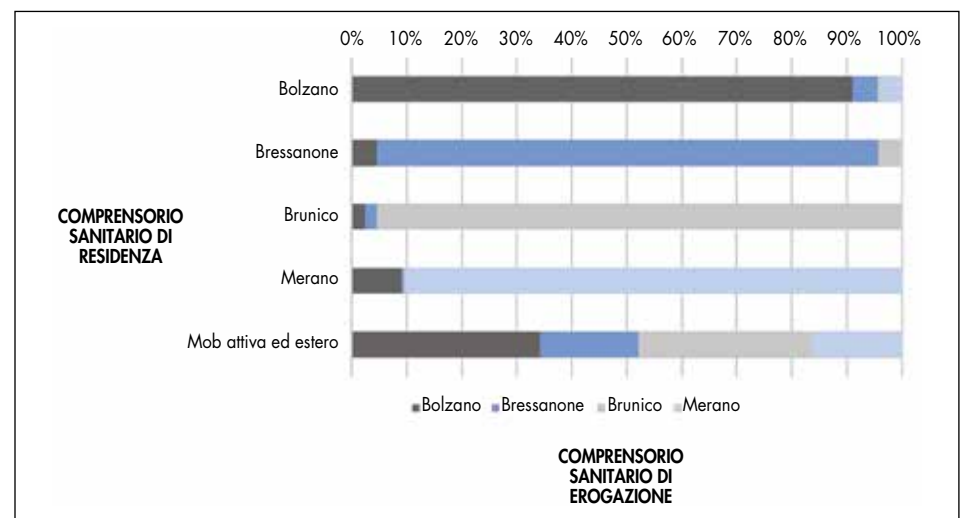
A tal proposito, al fine di colmare tale "carezza" derivata da una distribuzione dell'offerta territoriale non ottimale rispetto al bacino di utenza, l'azienda ha potenziato l'offerta di visite ORL, attivando a partire da inizio 2020 nel comprensorio sanitario di Bolzano, che presentava il più alto tasso di mobilità, un nuovo ambulatorio a livello distrettuale.

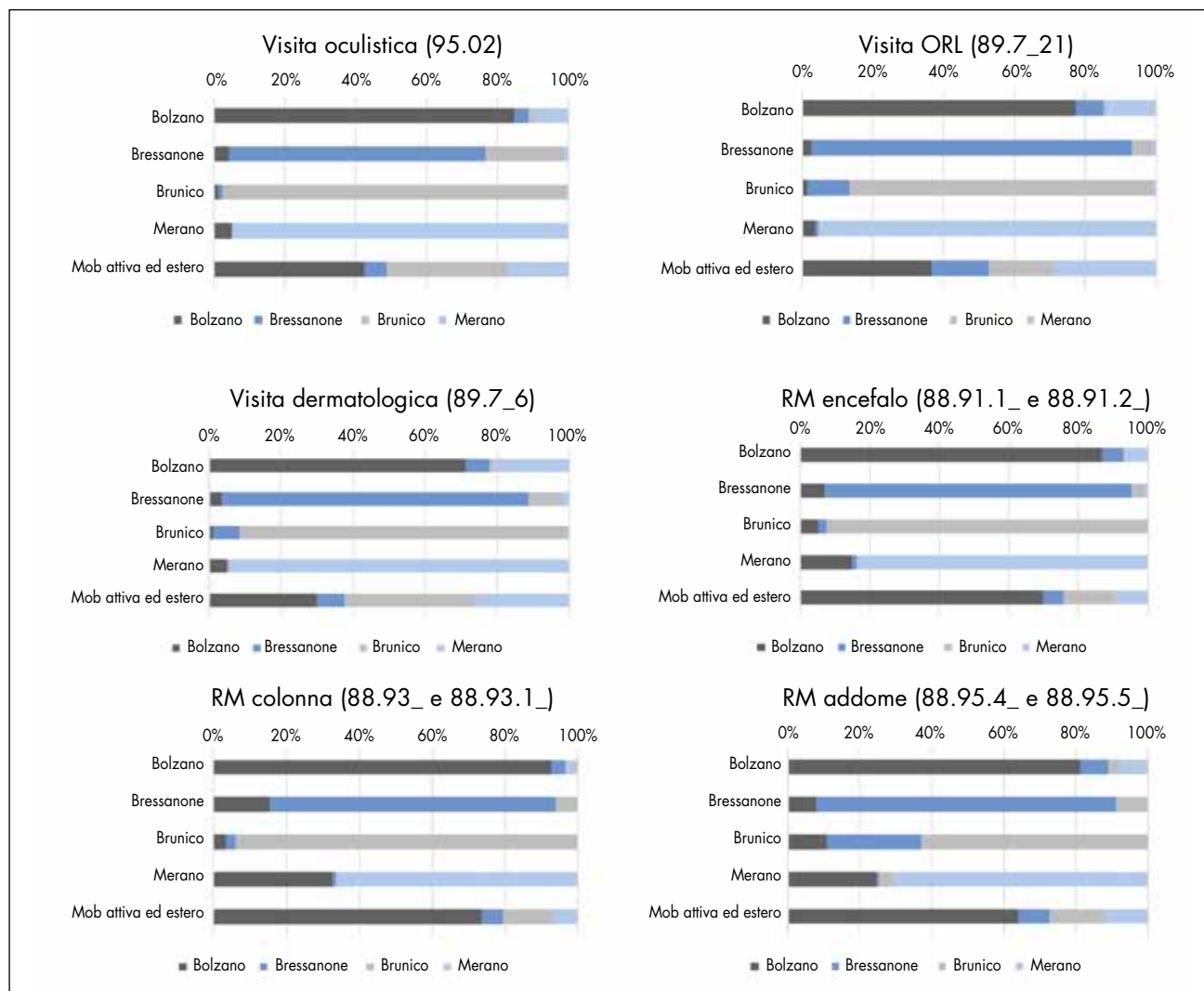
Il confronto riportato in Fig. 6¹⁸ mostra come la percentuale di prestazioni monitorate con codice B e D in Alto Adige sia significativamente superiore (40%) rispetto a quella che

¹⁸ Per l'Alto Adige sono riportati i dati relativi alle prenotazioni a CUP del mese di ottobre 2019, per Regione Lombardia sono riportati i dati complessivi erogato 2017 (Fonte: Polis su dati 28/SAN di Regione Lombardia).

Fig. 4

Mobilità intraprovinciale – totale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale





si riscontra nelle provincie di Regione Lombardia (cfr. Missione Valutativa 13/2017 "I tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in Lombardia"). La Fig. 7 mostra, per le tre prime visite e per le prestazioni di risonanza magnetica analizzate, come varia la percentuale di prestazioni con codice B e D tra pazienti di diversi MMG (in ascissa è riportato il numero progressivo di MMG e in ordinata la percentuale di prestazioni B e D dei pazienti di tale

MMG). Il valore medio si attesta al 39% e il grafico di Fig. 7 evidenzia la variabilità tra i pazienti di diversi MMG. In alcuni casi tale valore è inferiore al 30%, in altri è addirittura superiore al 50%.

A tale riguardo, un approfondimento sulle prime visite oculistiche evidenzia come il 66% delle visite con classe di priorità D sia stata erogata a oltre 170 giorni dalla data della prenotazione, spesso pur in presenza di disponibilità di agenda in date più ravvicinate. È emerso che una

Fig. 5
Mobilità intraprovinciale –
analisi di dettaglio prime
visite e RM

Fig. 6

Codici di priorità – Azienda Sanitaria dell’Alto Adige e Regione Lombardia a confronto

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati 28/SAN della Regione Lombardia

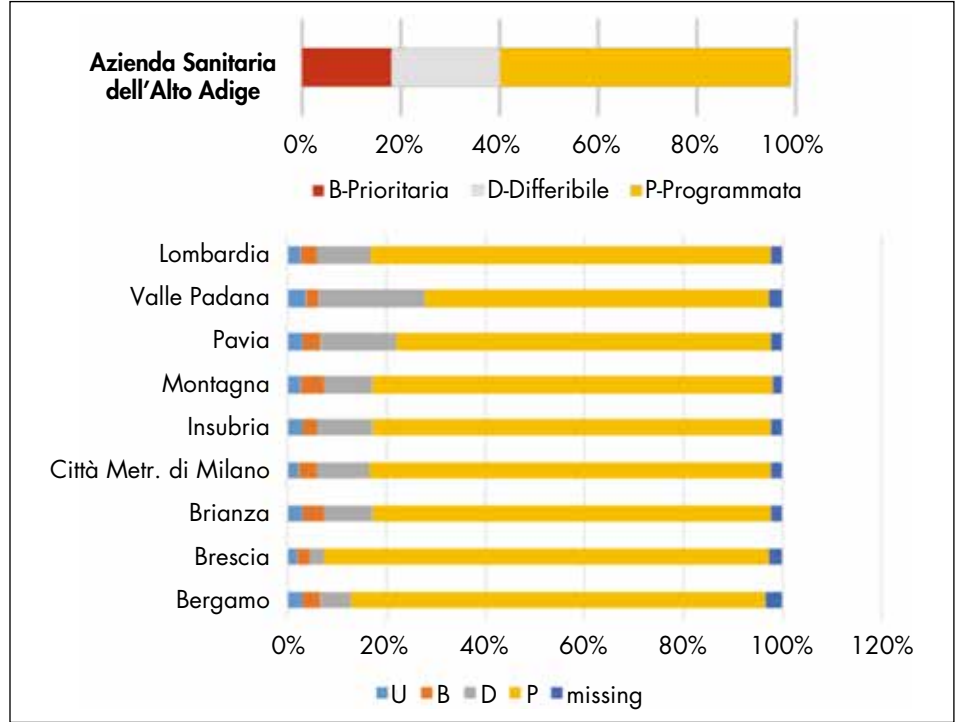
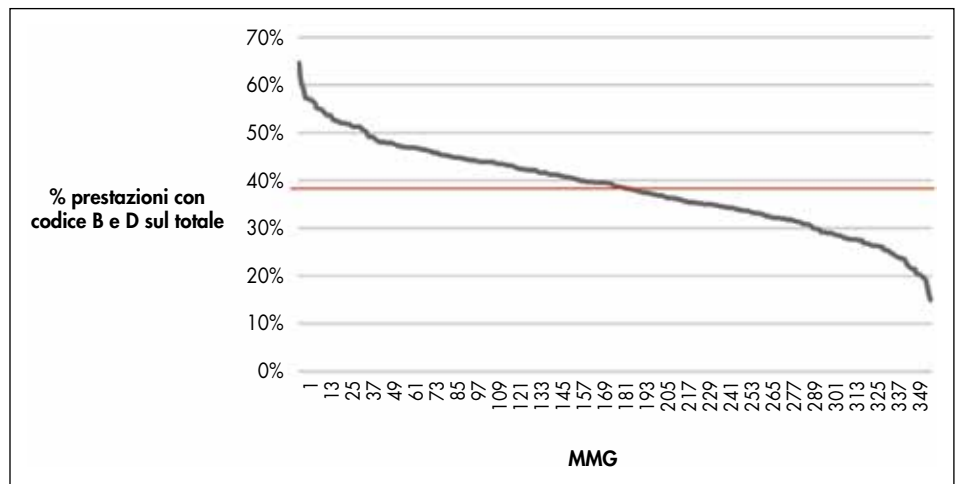


Fig. 7

Codici di priorità per MMG



quota significativa di tali visite erano in realtà visite di controllo programmate, prescritte erroneamente come prime visite, stante l’assenza di una chiara regolamentazione a livello aziendale sulla prescrizione di prima visita specialistica e di visita specialistica di controllo. Questo inappropriato comportamento prescritti-

vo ha trovato inoltre conferma in un’analisi condotta sulle prestazioni erogate in regione Veneto nel 2017¹⁹, dalla quale si evince che il rapporto tra prime visite-vi-

¹⁹ “Il modello RAO quale strumento per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in ambito radiologico” – dr. S. Vianello, Direttore UOC Attività Specialistiche Azienda e Coordinatore della Funzione Territoriale ULSS 3 Serenissima – Venezia.

site di controllo era di 40 a 60 – situazione diametralmente opposta a quella della Provincia di Bolzano dove il rapporto era di 60 a 40. Pertanto, al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi e incidere sull'appropriatezza delle richieste, sono state emanate a tutti i medici prescrittori, direttive specifiche anche in Provincia Autonoma di Bolzano, Nello specifico con delibera di Giunta Provinciale²⁰ l'assessorato ha dato una chiara definizione di prima visita e di visita di controllo, mentre l'Azienda Sanitaria ha definito per queste prestazioni con propria circolare, contenuti, regole prescrittive e modalità di accesso.

La Tab. 4 riporta il numero di prestazioni in attesa oltre ai tempi massimi

²⁰ Delibera di Giunta Provinciale n. 915 del 05/11/2019.

definiti a livello normativo relativamente alle prestazioni con codice priorità B e D (superiore a 10gg per i codici B e superiore a 30/60gg per i codici D). È stato considerato il dato rilevato al 28/10/2019 e il dato medio tra le rilevazioni al 28/10/2019, al 30/09/2019 e al 31/08/2019. Emerge anzitutto come la gran parte delle prestazioni in attesa oltre i tempi massimi siano prestazioni con codice Differibile, e come il dato complessivo, pur rilevante, sia relativamente contenuto rispetto ai volumi complessivi annuali erogati. La Tab. 5 riporta i dati complessivi di mobilità passiva relativamente alla specialistica ambulatoriale, e mostra come questa sia complessivamente aumentata del 14% nel triennio 2016-2018 La mobilità verso la vicina Provincia Auto-

Tab. 4 – Liste di attesa oltre i tempi massimi

Descrizione	Al 28/10/2019			Media 3 mesi		
	B	D	TOT	B	D	TOT
Prima visita dermatologica	304	2.308	2.612	217	2.325	2.542
Prima visita oculistica	278	2.115	2.393	299	2.119	2.419
Prima visita ORL	93	617	710	78	651	729
Risonanze magnetiche	450	709	1.159	426	640	1.064

Tab. 5 – Mobilità passiva dal Sistema sanitario altoatesino per Regione di destinazione – specialistica ambulatoriale

Regione	2016	2017	2018	Trend 2016-2018
Abruzzo	1.211	1.116	1.355	12%
Basilicata	254	318	122	-52%
Calabria		896	685	N.D.
Campania	1.487	1.573	2.333	57%
Emilia-Romagna	10.242	10.545	11.010	7%
Friuli-Venezia Giulia	2.610	1.805	2.116	-19%
Lazio	2.233	4.264	4.036	81%
Liguria	1.182	1.249	1.211	2%

(segue)

Regione	2016	2017	2018	Trend 2016-2018
Lombardia	15.575	15.399	18.363	18%
Marche	1.670	1.586	1.793	7%
Molise	100	28	51	-49%
Ospedale Bambin Gesù	354	297	186	-47%
P.A. Trento	37.450	40.023	41.847	12%
Piemonte	2.760	2.469	2.403	-13%
Puglia	1.069	1.221	796	-26%
Sardegna	1.409	1.009	1.325	-6%
Sicilia	2.008	897	1.221	-39%
Toscana	5.160	5.350	6.043	17%
Umbria	738	678	639	-13%
Val d'Aosta	161	79	65	-60%
Veneto	27.709	30.471	34.338	24%
Totale	115.382	121.273	131.938	14%

noma di Trento e la Regione Veneto, che rappresenta il 58% della mobilità passiva complessiva, registra un aumento rispettivamente del 12% e del 24%. La Tab. 6 riporta i dati di mobilità passiva per le visite specialistiche e le risonanze magnetiche, con il dettaglio della mobilità passiva verso la Provincia Autonoma di Trento, che da sola rappresenta una quota molto rilevante (complessivamente il 32%) delle prestazioni. Su alcu-

ne prestazioni si riscontra inoltre un significativo trend di crescita.

Infine, i dati hanno evidenziato come anche in Alto Adige, territorio a forte vocazione turistica, alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale risentano notevolmente degli effetti di stagionalità. Basti pensare all'ambito ortopedico, dove durante la stagionale invernale, con l'apertura degli impianti sciistici, la domanda di prestazioni ortopediche e traumatologiche

Tab. 6 – Mobilità passiva dal Sistema sanitario altoatesino per prestazione – specialistica ambulatoriale

Descrizione	Mobilità 2018	di cui verso la provincia TN	Trend 16-18
Prima visita specialistica	6.929	48,3%	14,0%
Visita di controllo	3.381	52,3%	0,4%
RM muscoloscheletrica	1.636	94,7%	97,6%
RM della colonna – cervicale, toracica, lombosacrale	1.353	94,6%	113,4%
Prima visita oculistica (esame complessivo dell'occhio)	416	21,2%	-0,7%

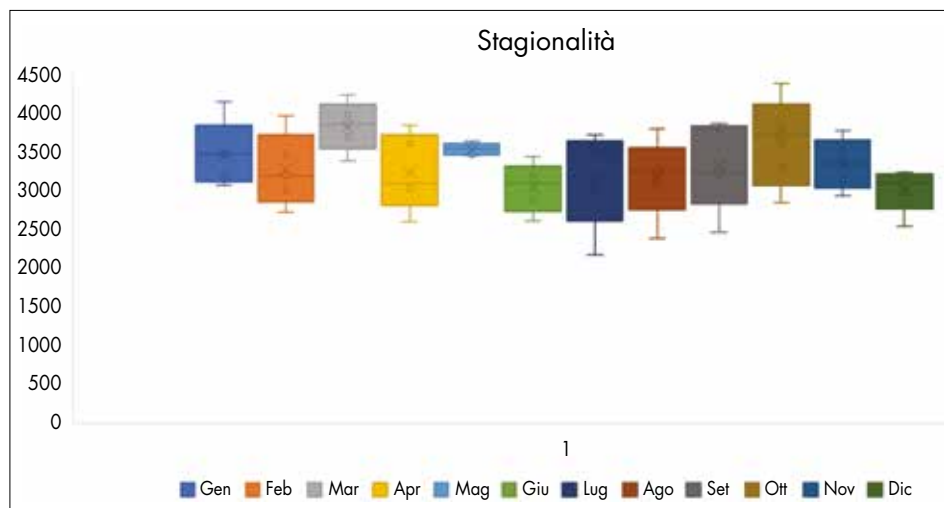


Fig. 8
La stagionalità
delle prestazioni

logiche aumenta rispetto al resto dell'anno, oppure alle visite ambulatoriali dermatologiche, concentrate maggiormente nei mesi autunnali e invernali. Per tale motivo, ai fini programmatori, l'azienda ha intrapreso iniziative per adattare l'offerta istituzionale all'andamento stagionale della domanda.

In conclusione la ricerca, oltre a offrire una robusta base scientifica alla definizione dei bisogni della popolazione altatesina, ha permesso una valutazione della quota di consumi presumibilmente inappropriati. L'analisi di dettaglio sui consumi di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ha infatti consentito di individuare comportamenti prescrittivi e modalità di accesso alle prestazioni disomogenei nelle diverse aree territoriali dell'Azienda Sanitaria. Tale evidenza ha reso opportuno e necessario la definizione di standard aziendali ambulatoriali per singole branche specialistiche, relativamente al contenuto di una vista specialistica, modalità di prenotazione, durata dello slot di prenotazione e regole di codifica delle prestazioni.

Inoltre, è da considerare che gli approfondimenti per prestazioni rilevanti

mostrati in questa analisi retrospettiva supporteranno l'azienda nella lettura dei dati predittivi del cruscotto predittivo, che non tiene in considerazione l'appropriatezza in quanto si basa esclusivamente sui consumi storici di prestazioni, e non invece su dati demografici ed epidemiologici (elemento che aumenterebbe notevolmente la complessità del modello, e renderebbe più complessa la possibilità di aggiornarlo frequentemente e di replicarlo in altre aziende/contesti).

6. Conclusioni e next step

L'esperienza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige può essere un riferimento di interesse per altre aziende sanitarie impegnate nel governo tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. La metodologia adottata ha consentito la realizzazione, la riproducibilità e l'aggiornamento di un cruscotto alimentato dai database e che richiede costi organizzativi estremamente limitati, che rappresenta un valido supporto per la pianificazione dell'offerta e il governo della domanda di servizi.

Il modello quantitativo sviluppato con-

sente infatti di dimensionare il fabbisogno di tutte le prestazioni ambulatoriali erogate ed è quindi funzionale alla programmazione delle prestazioni da acquistare dalle strutture private e dai professionisti dell'azienda. La metodologia descritta consente inoltre di approfondire i dati relativi a singole prestazioni di particolare rilevanza, al fine di evidenziare livelli disomogenei di consumo tra coorti omogenee di pazienti legate a situazioni di *undertreatment* o *overtreatment*. Questo approccio ha consentito quindi di rilevare potenziali aree di inappropriata che necessitano di interventi organizzativi mirati. Il protrarsi della pandemia da Covid-19 e l'organizzazione della campagna vaccinale non hanno ancora consentito all'Azienda Sanitaria di mettere in atto misure correttive specifiche in alcune delle aree che presentano le maggiori criticità. In futuro, tuttavia, l'azienda ha intenzione di mettere a regime di tali strumenti così da consentirne un utilizzo sistematico dei dati nella programmazione aziendale, anche integrando le analisi con altri flussi informativi aziendali (Pronto Soccorso, SDO, ADI, Farmaceutica ecc.) e gestendo l'erogazione di prestazioni ambulatoriali secondo strategie integrate tra l'area ospedaliera e le cure primarie.

L'analisi dell'esperienza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha inoltre consentito di descrivere e analizzare un approccio multidimensionale (Bachelet *et al.*, 2019; Pomey *et al.*, 2013) per il contenimento dei tempi di attesa che agisce parallelamente sul fronte della domanda e dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito ambulatoriale. L'azienda ha infatti implementato nel triennio 2019-2022 un portafoglio di leve diversificate che intervengono sui processi organizzativi, migliorando il coordinamento nella rete di offerta (Mariotti *et al.*,

2014) e potenziando i criteri che definiscono la priorità e le tempistiche nell'accesso alle cure (Siciliani *et al.*, 2013) per governare la domanda. Tra queste si ricordano l'adozione a regime del modello RAO e la sua informatizzazione negli applicativi prescrittivi dei medici specialisti, la definizione e formalizzazione di regole prescrittive valide a livello aziendale in materia di prima visita e visite di controllo, la definizione di standard ambulatoriali per branca specialistica in stretta collaborazione con i direttori di struttura complessa, l'attuazione di politiche tariffarie volte ad aumentare l'attrattività aziendale, sia verso i propri dipendenti (prestazioni aggiuntive) che verso partner privati, l'organizzazione di eventi formativi rivolti sia ai MMG che ai medici specialisti ospedalieri e l'introduzione a regime nel sistema di prenotazione aziendale di strumenti di ottimizzazione dell'offerta ambulatoriale (per esempio *overbooking*). Questo portafoglio di innovazioni organizzative ha contribuito a migliorare sensibilmente le performance aziendali in materia di tempi di attesa come emerge dalla Fig. 9 e dalla Fig. 10, che confrontano i tempi di attesa 2019-2022 evidenziando un netto miglioramento per la quasi totalità delle visite specialistiche.

Si ritiene che l'approccio suggerito per quantificare e predire il fabbisogno di prestazioni sia facilmente applicabile ad altre aziende sul territorio italiano data la semplicità dello strumento messo a punto e la crescente disponibilità e granularità di dati sul consumo di prestazioni sanitarie a disposizione delle aziende. Perché tale strumento diventi tuttavia utile, è necessario che all'interno delle aziende sia sempre più diffusa una cultura del dato come elemento chiave per informare i processi decisionali.



Fig. 9
Tempi di attesa prime visite specialistiche – febbraio 2019 vs febbraio 2022

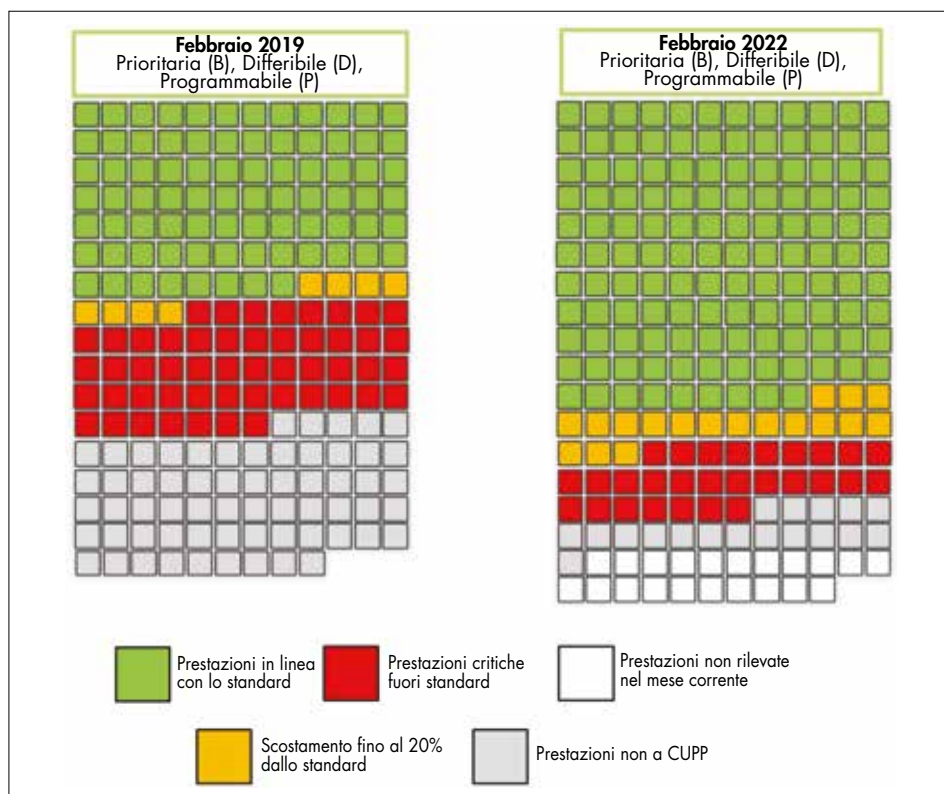


Fig. 10
Tempi di attesa prestazioni diagnostico-strumentali – febbraio 2019 vs febbraio 2022

BIBLIOGRAFIA

- AAVV (2022). *Liste e tempi di attesa in sanità. Academy of health care management and economics*. Milano: Egea.
- Bachelet V.C., Goyenechea M., Carrasco V.A. (2019). Policy strategies to reduce waiting times for elective surgery: A scoping review and evidence synthesis. *The International journal of health planning and management*, 34(2): e995-e1015.
- Berwick D.M., Nolan T.W., Whittington J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health affairs*, 27(3): 759-769.
- Bettelli C., Vainieri M., Vinci B. (2016). Dieci anni di studi nella gestione dei tempi di attesa nella diagnostica per immagine. Quali prospettive per un governo di sistema?. *Mecosan*, 100(4): 7-25.
- Bird V., Premkumar P., Kendall T., Whittington C., Mitchell J., Kuipers E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5): 350-356.
- Boscolo P., 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 Cergas Bocconi (a cura di). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.
- Coghlan D., Brydon-Miller M. (2014). *The SAGE encyclopedia of action research*. Thousand Oaks: Sage.
- 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: Organo Ufficiale, Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia*, Dec; 143(6): 353-357. PMID: 19169207.
- D'Sa M.M., Nakagawa R.S., Hill D.S., Tan J.K. (1994). Exponential smoothing method for forecasting drug expenditures. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 15, 51(20): 2581-2588.
- Erro-Garcés A., Alfaro-Tanco J.A. (2020). Action Research as a Meta-Methodology in the Management Field. *International Journal of Qualitative Methods*, 19.
- Fait A., Agnello M., Scirè C., Merlino L., Schiatti S., Mazzone A., Bergamaschi W. (2015). Improvements in care co-ordination of chronic patients associated with a new primary care payment system in Lombardy: updated results of the CreG (Chronic Related Group) model. *Proceedings of the Second International Conference on Public Policy (ICPP '15)*. Milano: Edward Elgar.
- Gravelle H., Dusheiko M., Sutton M. (2002). The demand for elective surgery in a public system: time and money prices in the UK National Health Service. *Journal of Health Economics*, 21(3): 423-49.
- Gupta S., King W.D., Korzeniowski M., Wallace D. L., Mackillop W.J. (2016). The effect of waiting times for postoperative radiotherapy on outcomes for women receiving partial mastectomy for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clinical oncology*, 28(12): 739-749.
- Hajizadeh M. (2018). Does socioeconomic status affect lengthy wait time in Canada? Evidence from Canadian Community Health Surveys. *The European Journal of Health Economics*, 19(3): 369-383.
- Landi S., Ivaldi E., Testi A. (2018). Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy*, 122(4): 334-351.
- Lucifora C., Russo A., Viganì D. (2021). *Does prescribing appropriateness reduce health expenditures? Main effects and unintended outcomes* (No. 103). Working Paper.
- Mariotti G., Siciliani L., Rebba V. et al. (2014). Waiting Time Prioritisation for Specialist Services in Italy: The Homogeneous Waiting Time Groups Approach. *Health Policy*, 117(1): 54-63.
- Martin S., Smith P.C. (2003). Using panel methods to model waiting times for National Health Service surgery. *Journal of the Royal Statistical Society*, 166(3): 369-387.
- Mazzali C., Duca P. (2015). Use of administrative data in healthcare research. *Internal and emergency medicine*, 10(4): 517-524.
- McIntyre D., Chow C.K. (2020). Waiting time as an indicator for health services under strain: a narrative review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 0046958020910305.
- Mikkelsen C.M., Andersen S.E. (2016). A Regional Drug and Therapeutics Committee-led intervention to Reduce the Hospital Costs of Expensive HIV Drugs. *Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology*, 119(3): 278-283.

- Moscelli G., Siciliani L., Tonei V. (2016). Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. *Social Science & Medicine*, 161: 151-159.
- Moscelli G., Siciliani L., Gutacker N., Cookson R. (2018). Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient?. *Journal of Health Economics*, 57: 290-314.
- Muka T., Imo D., Jaspers L., Colpani V., Chaker L., van der Lee S.J., Mendis S., Chowdhury R., Bramer W. M., Falla A., Pazoki R., Franco O.H. (2015). The global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review. *European journal of epidemiology*, 30(4): 251-277.
- Naiker U., FitzGerald G., Dulhunty J.M., Rosemann M. (2017). Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review*, 42(3): 286-293.
- Nolte E., McKee M. (Eds.) (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. London: McGraw-Hill Education (UK).
- Nuti S., Vaineri M. (2021). Managing Waiting Times in Diagnostic Medical Imaging. *British Medical Journal Open*, 2012.
- OECD Health Policy Studies (2020). *Waiting times for health services*. www.oecd.org.
- Ordu M., Demir E., Tofallis C. (2019). A comprehensive modelling framework to forecast the demand for all hospital services. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(2): e1257-e1271.
- Pomey M.P., Forest P.G., Sanmartin C., DeCoster C., Clavel N., Warren E., ... Noseworthy T. (2013). Toward systematic reviews to understand the determinants of wait time management success to help decision-makers and managers better manage wait times. *Implementation Science*, 8(1): 1-16.
- Ray K.N., Chari A.V., Engberg J., Bertolet M., Mehrotra A. (2015). Opportunity costs of ambulatory medical care in the United States. *The American journal of managed care*, 21(8): 567.
- Reichert A., Jacobs R. (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health Economics*, 27(11): 1772-1787.
- Riganti A., Siciliani L., Fiorio C.V. (2017). The effect of waiting times on demand and supply for elective surgery: Evidence from Italy. *Health economics*, 26: 92-105.
- Segal J.B., Nassery N., Chang H.Y., Chang E., Chan K., Bridges J.F. (2015). An index for measuring overuse of health care resources with Medicare claims. *Medical care*, 53(3): 230-236.
- Siciliani L. (2015). Waiting Times: Evidence of Social Inequalities in Access for Care. In: *Data and Measures in Health Services Research*. New York: Springer US.
- Siciliani L., Borowitz M., Moran V. (eds.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*. *OECD Health Policy Studies*.
- Siciliani L., Moran V., Borowitz M. (2014). Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health policy*, 118(3): 292-303.
- Siciliani L., Stanciole A., Jacobs R. (2009). Do waiting times reduce hospital costs?. *Journal of Health Economics*, 28(4): 771-780.
- Sobolev B., Fradet G. (2008). Delays for coronary artery bypass surgery: How long is too long?. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 8(1): 27-32.
- Venturelli F., Ottone M., Pignatti F., Bellocchio E., Pinotti M., Besutti G., ... Giorgi Rossi P. (2021). Using text analysis software to identify determinants of inappropriate clinical question reporting and diagnostic procedure referrals in Reggio Emilia, Italy. *BMC health services research*, 21(1): 1-13.
- Windmeijer F., Gravelle H.S., Hoonhout P. (2004). Waiting Lists, Waiting Times and Admissions: An Empirical Analysis at Hospital and General Practice Level. *Health Economics*, 14: 971-985.
- Xie Z., Or C. (2017). Associations between waiting times, service times, and patient satisfaction in an endocrinology outpatient department: a time study and questionnaire survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54.