

Il ruolo della telemedicina nella gestione delle liste di attesa e nell'ampliare l'accesso a prestazioni di specialistica ambulatoriale. L'esperienza nella Regione del Veneto

Cecilia Menegon, Luca Del Bene*

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato un periodo di forte criticità per gli assetti sanitari, consentendo tuttavia di dare nuova spinta verso la digitalizzazione dei servizi e l'adozione di nuove modalità erogative in sanità, tra cui la telemedicina. Il presente contributo va a esplorare l'esperienza dell'implementazione della telemedicina all'interno della Regione del Veneto, approfondendo in particolare il ruolo che essa ha ricoperto nella gestione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale arretrate a causa dell'emergenza pandemica che ha causato la sospensione dell'attività ordinaria a favore dell'assistenza a pazienti affetti da SARS-CoV2. Oltre all'ipotesi che la telemedicina possa rappresentare un valido strumento per smaltire le liste di attesa, si vuole andare ad approfondire la sua potenzialità nell'ampliare l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Essa si presenta come uno stru-

mento per garantire equità nell'offerta dei servizi specialistici per gli utenti delle Aziende Sanitarie, specialmente se residenti in territori disagiati, con infrastrutture limitate per il raggiungimento dei presidi e con difficoltà nella mobilità. Tramite analisi di volumi, branche mediche e tipologie di prestazioni effettuate a partire dal periodo pandemico viene esplorato quali servizi di specialistica ambulatoriale possano presentare maggiore affinità con la modalità della telemedicina. Inoltre, sono prese in considerazione caratteristiche dei territori di riferimento e dell'utenza che ha beneficiato di prestazioni di telemedicina, nell'ottica di integrare questi elementi nella pianificazione di servizi maggiormente efficaci e coerenti con le istanze di salute dei cittadini, orientandosi verso un approccio *value-based*.

Parole chiave: telemedicina, gestione delle liste di attesa, accesso, specialistica ambulatoriale, sanità digitale, ICT.

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Analisi del contesto
3. Implementazione della telemedicina in Veneto: uno studio di caso
4. Il ruolo della telemedicina nella gestione delle liste di attesa in Veneto
5. Discussione
6. Osservazioni conclusive

* Cecilia Menegon, Università Politecnica delle Marche.

Luca Del Bene, Università Politecnica delle Marche.

Telemedicine role in the management of patients' waiting lists and in broadening access to specialist outpatient services. The experience in the Veneto Region

The Covid-19 pandemic has represented a critical and challenging time for healthcare systems, although determining a new boost towards service digitalization and the adoption of new means to deliver healthcare services, such as telemedicine. This paper explores the way telemedicine services have been implemented within the Veneto Healthcare Regional System. In particular, it aims to study in deep its role in managing patients' waiting lists for specialist outpatient services that were created because of the need to temporary stop ordinary healthcare service provisions due to the pandemic emergency. Other than telemedicine contribution as a mean to dispose of waiting lists in healthcare, this study is set on exploring telemedicine potential to broaden access to specialist outpatient services. Digital healthcare could ensure equity in specialist healthcare services for healthcare organization patients, especially when residing in inconvenient locations, with limited infrastructure allowing to reach healthcare structures or affected by mobility limitation. An analysis of volumes, medical fields and different types of telemedicine services offered and produced starting from the beginning of the pandemic has been conducted in order to understand what kind of healthcare service are more compatible with this approach. Moreover, the main characteristics of the target population and territories are considered to widen the knowledge on the topic and to plan telemedicine services that are appropriate and responding to the real healthcare

needs of patients towards a value-based approach to healthcare.

Keywords: telemedicine, patients' waiting lists, healthcare access, specialist outpatient, digital healthcare, ICT.

Articolo sottomesso: 06/05/2024,
accettato: 28/10/2024

1. Introduzione

Il settore sanitario si trova di fronte alla sfida di dover garantire servizi assistenziali in maniera equa e appropriata rispetto alle mutevoli esigenze di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche che richiedono continuità assistenziale e numerose prestazioni specialistiche. Allo stesso tempo, le aziende sanitarie devono gestire e smaltire liste di attesa dovute alla sospensione dell'attività ordinaria durante la pandemia, in un contesto in cui le risorse destinate alla sanità continuano a essere scarse. In questo scenario, la telemedicina e in generale il settore delle tecnologie applicate alla sanità rappresentano uno strumento per fornire una risposta circa tali esigenze, ampliando l'accesso alle cure specialistiche e ottimizzandone le tempistiche di accesso e fornendo adeguato monitoraggio delle cronicità e delle loro possibili complicanze tramite presa in carico continua e multidisciplinare (Boscolo *et al.*, 2019; Cristofaro *et al.*, 2022).

La possibilità di realizzare servizi tramite telemedicina non rappresenta tematica recente, essendo stata oggetto già nel 2014 di un intervento normativo volto a fornire delle linee di indirizzo comuni per i SSR. Essa veniva indicata quale modalità che consente l'erogazione di servizi a distanza

tramite l'impiego di dispositivi digitali, senza che il paziente debba recarsi presso le strutture sanitarie (Ministero della Salute, 2014). La necessità di fornire assistenza a pazienti in quarantena o impossibilitati a recarsi presso i presidi sanitari durante la pandemia da Covid-19 ha rappresentato un fattore di rinnovato sviluppo rispetto all'applicazione delle tecnologie dell'informazione e comunicazione (ICT) in sanità (Striani e Rocco, 2022). Durante l'emergenza pandemica sono state delineate indicazioni *ad interim* per servizi sanitari da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in modo tale da garantire assistenza da remoto ai cittadini durante il lockdown e, al contempo, contenere la diffusione del nuovo virus (ISS, 2020). Nel periodo post pandemico è risultato prioritario superare l'interpretazione episodica dell'uso della telemedicina per orientare i modelli ordinari di offerta sanitaria verso una programmata gestione dell'utente tramite mezzi digitali, anche in considerazione della crescente domanda di assistenza sanitaria da parte di pazienti anziani e cronici (Bobini *et al.*, 2021). Per questo la telemedicina viene inserita all'interno del PNRR quale modalità per rafforzare le reti di prossimità e l'assistenza domiciliare nell'integrazione dei servizi socio-sanitari. Il PNRR sottolinea l'importanza della transizione digitale come uno dei tre assi strategici per la ripresa del Paese e l'esigenza di implementazione di tale modalità di realizzazione dei servizi sanitari si trova in linea con l'obiettivo di innovare e digitalizzare il SSN, contenuto nella Missione 6 (PNRR, 2021).

La telemedicina nel nostro assetto sanitario trova, dunque, maggiore

potenziale nella sua implementazione rispetto a:

- ampliare e rendere maggiormente equo, anche in termini logistici, l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, soprattutto in zone disagiate o remote rispetto alla collocazione dei presidi specializzati;
- smaltire le liste di attesa dovute alla sospensione dell'attività ordinaria durante l'emergenza pandemica ed efficientare tempi di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

L'equità nell'accesso ai servizi di cura rappresenta una tematica di fondamentale importanza per i sistemi sanitari, tanto da essere riconducibile ai nostri principi costituzionali. Si fa riferimento alla facilità con la quale un individuo può ottenere assistenza sanitaria quando necessaria, ossia vi sia adeguata disponibilità di servizi in riferimento alle istanze di salute della popolazione (Whitehead, 1992). A maggior ragione in seguito alla pandemia che ha comportato necessarie restrizioni nell'accesso ai servizi sanitari ordinari per dare precedenza a quelli relativi al nuovo virus, risulta fondamentale per gli assetti sanitari intervenire rispetto alla propria capacità di garantire ai cittadini pari opportunità di beneficiare delle prestazioni sanitarie (Nunez, Sreeganga e Ramaprasad, 2021). Diversi fattori possono influire sulla capacità effettiva del paziente di accedere alle cure, tra cui facilità nel raggiungere le strutture sanitarie, effettiva disponibilità di servizi, tempistica di offerta (National Healthcare Quality Report, 2014). La telemedicina presenta la potenzialità di intervenire in tal senso, andando,

per esempio, ad abbattere le barriere relative al raggiungimento delle strutture sanitarie. Infatti, tramite erogazione delle prestazioni da remoto sfruttando le ICT vengono evitate le problematiche dovute alla mancanza di trasporti pubblici, incapacità del paziente di spostarsi per impedimenti fisici o correlati a patologie, mancanza di un *caregiver* disponibile ad accompagnare il paziente, grandi distanze geografiche che separano il domicilio del paziente dalle strutture che erogano i servizi sanitari, costi del trasporto. Inoltre, la telemedicina può consentire di ampliare l'offerta dei servizi disponibili, garantendo prestazioni anche in realtà assistenziali caratterizzate dalla mancanza sul territorio di specialisti in determinate aree cliniche, poiché concentrati prevalentemente nei centri *Hub*. Un ulteriore limite nell'accesso alle cure per i pazienti è rappresentato dai lunghi tempi di attesa che da tempo caratterizzano determinate prestazioni, quali quelle della diagnostica (Bettelli, Vainieri e Vinci, 2016). Essi possono rappresentare un deterrente rispetto alla istanza di salute che l'utente deve andare a soddisfare, allungando iter diagnostici e terapeutici o scoraggiando l'utente rispetto all'intraprendere il percorso di cura dato il ritardo nell'accesso ai servizi. Inoltre, vi è una potenziale iniquità derivante dalla possibilità per determinati cittadini di rivolgersi all'offerta privata che spesso consente di velocizzare le tempistiche di accesso alle prestazioni richieste, a discapito degli utenti che non possono sostenere spese *out of pocket*. Garantire ai cittadini adeguati tempi di accesso rispetto alle esigenze cliniche stabilite dal medico curante, corretta gestione e smaltimento delle

liste di attesa sono obiettivi prioritari del SSN. Infatti, il rispetto delle classi di priorità e il corretto governo della domanda comportano che l'inquadramento diagnostico e i trattamenti a seguire rispettino tempistiche appropriate e non causino un peggioramento nella prognosi (Lecci, 2022). La criticità relativa a tale tema non è recente, rappresentando un aspetto attenzionato dagli organi di programmazione sanitaria con la finalità di migliorare il funzionamento del sistema. Infatti, già nel 2019, vi era stato un intervento legislativo di efficientamento con lo scopo di gestire le liste di attesa in modo da garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari con applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza e rispetto delle classi di priorità individuate. Il focus è stato posto sul rispetto dei tempi massimi di attesa, ovvero non superiori a quelli individuati dalla successiva programmazione regionale per tutte le prestazioni erogate sul territorio di competenza, con monitoraggio di determinate prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera. Per raggiungere gli obiettivi di efficientamento è stata prevista per le aziende la possibilità di reclutare nuovo personale, incrementare le attività dei professionisti sanitari e acquistare prestazioni specialistiche aggiuntive in regime di libera professione a integrazione dell'attività istituzionale, prioritizzando le prestazioni critiche ai fini dei tempi di attesa e riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo (PNGLA, 2019). La telemedicina si presenta quale modalità potenzialmente utile da una parte nello smalti-

re le liste, dall'altra nel prevenire la loro stessa formazione poiché può consentire di prendere in carico prestazioni di assistenza primaria che in questo modo non si accumuleranno a quelle che confluiranno poi nella specialistica se trascurate. La letteratura suggerisce come servizi di telemedicina possono essere efficaci nel ridurre il tempo di attesa per consulenze specialistiche e il numero di pazienti in lista di prestazioni arretrate. Infatti, liste e tempi di attesa sono spesso la diretta conseguenza di un cronico eccesso della domanda sull'offerta e su questo la telemedicina può intervenire, ampliando la configurazione organizzativa di servizi sanitari disponibili, dando priorità ai casi emergenziali e più gravi e risultando in un'assistenza sanitaria più mirata ed efficace (Pfeil *et al.*, 2023).

Con il caso di studio nel presente contributo ci si pone l'obiettivo di rispondere alle domande di ricerca relative al se e come la telemedicina possa rappresentare una valida modalità di gestione e riduzione delle liste di attesa per prestazioni di assistenza specialistica. Inoltre, si vuole determinare se e come essa, in qualità di nuovo mezzo di erogazione dei servizi di specialistica possa ampliare l'accesso a tali servizi sanitari, rendendone l'offerta maggiormente equa.

Tramite analisi dell'implementazione della telemedicina ai fini dell'erogazione di prestazioni sanitarie durante e in seguito alla pandemia da Covid-19 all'interno del SSR del Veneto si vuole verificare se la attivazione di tali servizi abbia consentito di ampliare l'accesso alla specialistica ambulatoriale per utenti che senza questa nuova modalità erogativa avrebbero sperimentato difficoltà o considerevoli ritardi nel

ricevere tali prestazioni. Si vuole cioè esplorare l'ipotesi secondo cui l'introduzione e l'utilizzo di tecnologie digitali nell'erogazione dei servizi sanitari possa comportare un miglioramento rispetto all'equità nell'accessibilità alla specialistica ambulatoriale per i pazienti, specialmente se provenienti da zone disagiate o presentanti riduzioni o impedimenti alla mobilità fisica e per quali patologie ciò comporti maggiori benefici.

Nello specifico, saranno evidenziate attraverso un'analisi dei dati le tipologie di prestazioni sanitarie erogate in telemedicina, le branche mediche di maggiore compatibilità, i bacini di utenza interessati. Sarà analizzato il contributo che la telemedicina ha apportato nella gestione e nello smaltimento delle liste di attesa di prestazioni sanitarie arretrate dalla pandemia nel contesto del caso di studio e come, se valorizzata adeguatamente, potrebbe rappresentare una valida modalità per rispondere in tempi utili alle esigenze di salute della popolazione anche in altri sistemi sanitari regionali.

2. Analisi del contesto¹

L'attuale assetto sanitario, in Veneto, si basa sulla legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, che dispone l'istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda Zero" e la delineazione di nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS, che, nel 2017, da 21 sono passate a 9; oltre a esse sono parte del SSR 2 Aziende Ospedaliere e un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS). Azienda Zero nasce ai

¹ Si ringrazia l'allora UOC Controllo di Gestione e Adempimenti LEA Azienda Zero Regione del Veneto per la collaborazione e il contributo per il presente lavoro.

fini della razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari del SSR ed è responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA). Per quanto concerne le modalità con cui le indicazioni nazionali sulla telemedicina sono state recepite nell'assetto sanitario veneto, è rilevante citare la Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) n. 568 del 5 maggio 2020 con a oggetto "Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina". Con tale provvedimento è stata riconosciuta la possibilità agli enti del SSR di erogare servizi di assistenza sanitaria in tale modalità. La decisione di mettere in pratica e applicare su larga scala a livello di strutture regionali e non solo limitatamente a progettualità estemporanee quanto contenuto nei documenti programmatici deriva in primo luogo dalla necessità di limitare il contagio durante i periodi imposti di lockdown e successive ondate del nuovo virus. Inoltre, tale strategia si trova in linea con la programmazione sanitaria riguardante lo sviluppo dell'assistenza sul territorio, rivolgendosi in particolare a pazienti fragili o affetti da patologie croniche (Regione del Veneto, 2020). Infatti, così come in gran parte del nostro Paese, la quota di popolazione anziana in Veneto è in costante aumento; al 01.01.23 gli ultra sessantacinquenni sono circa 1.168.000, con un rapporto di 195 anziani ogni 100 bambini (Regione del Veneto, 2023). Questa fascia di utenza risulta maggiormente a rischio di sviluppare una o più affezioni croniche, proprio per via del legame tra queste, invecchiamento e la frequente presenza di un quadro clinico complesso. Le patologie croniche più diffuse sono diabete mellito e malattie metaboliche, malat-

tie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa, BPCO. La telemedicina trova favorevole applicazione rispetto a tali condizioni cliniche per via della tipologia di assistenza sanitaria che esse richiedono; si tratta di controlli e follow-up che vanno svolti con costanza nel tempo e possono essere realizzati anche da remoto tramite mezzi digitali.

A livello regionale, a partire dal 2020, è stato deciso e comunicato agli enti del SSR di rendere prenotabili le prestazioni in telemedicina nell'apposito sistema utilizzato per la gestione degli appuntamenti tramite l'opzione "eseguibile in Telemedicina" nella descrizione delle prestazioni del Nomenclatore Tariffario Regionale. In questo modo, senza introdurre procedure specifiche, è stato sufficiente scegliere tale opzione di erogazione al momento della prenotazione e registrazione dell'attività da programmare; è stato deciso di mantenere la tariffa invariata rispetto alla prestazione effettuata attraverso i canali tradizionali. Data la necessità di standard organizzativi e varie infrastrutture, Azienda Zero è stata incaricata di sviluppare, realizzare e monitorare il progetto di telemedicina a livello regionale in virtù delle competenze in materia di tecnologie informatiche, connettività e ICT, consentendo di avere un quadro generale regionale sulla progettualità. Tuttavia, è stata lasciata agli enti del SSR discrezionalità rispetto al tipo di attività sanitarie specifiche da realizzare in telemedicina. In questo modo, seppur supportati e periodicamente monitorati a livello centrale da Azienda Zero, essi hanno avuto la possibilità di mettere in atto servizi di telemedicina con margine di scelta rispetto ad aree di

priorità di intervento, tipologia di attività, volumi, target di pazienti e professionisti sanitari da coinvolgere. Ciò ha permesso di dare specifica interpretazione rispetto alle istanze di salute degli utenti a cui gli enti del SSR hanno ritenuto più appropriato dare risposta tramite questa modalità e ha comportato l'emergere di differenti esperienze di telemedicina all'interno dello stesso SSR. Si ipotizza, dunque, che le diverse attività in telemedicina realizzate dalle Aziende Sanitarie riflettano le specifiche necessità di salute dei rispettivi utenti, le caratteristiche del territorio di riferimento, quali per esempio la presenza di infrastrutture e la facilità con cui i pazienti accedono alle strutture, e la propensione dei professionisti sanitari che lavorano all'interno degli enti del SSR di adottare tale modalità erogativa e integrarla nelle prassi lavorative.

3. Implementazione della telemedicina in Veneto: uno studio di caso

Dal punto di vista metodologico, viene proposto uno studio di caso che consente di approfondire l'implementazione della telemedicina tramite l'esperienza specifica nel SSR del Veneto. Tale metodo di ricerca permette di investigare empiricamente e acquisire una maggiore comprensione di tale fenomeno facendo riferimento a un contesto reale e specifico, rispondendo alla domanda "come", ovvero analizzando le modalità con le quali in uno specifico scenario essa è stata applicata e i risultati che ha consentito di ottenere (Yin, 2018).

In aggiunta, l'approccio dello studio di caso permette di derivare elementi teorici dalla realtà (Eisenhardt, 1989):

nel contributo presentato, l'esperienza della sanità veneta non solo contribuisce alla conoscenza del fenomeno dell'applicazione delle tecnologie digitali nell'erogazione di servizi, ma consente anche di cogliere possibili applicazioni di tale modalità nella gestione delle liste di attesa e nell'aumentare le possibilità di accesso dei pazienti a specialistica ambulatoriale. Vengono indagati, innanzitutto, volumi e tipologie di prestazioni sanitarie erogate in Veneto tramite telemedicina a partire dall'emergenza pandemica. Il campione di dati utilizzati ai fini dell'analisi consiste nei volumi di specialistica ambulatoriale, a esclusione delle prestazioni laboratoriali e di chirurgia, eseguite in tale modalità e registrate dai singoli enti del SSR negli anni 2020, 2021 e 2022.

Mentre si riscontrano rispettivamente 39.580 prestazioni in telemedicina nel 2022 e 33.813 nel 2021, nel 2020 sono state effettuate solamente 99 prestazioni a livello regionale, un volume decisamente inferiore. Questo è dovuto presumibilmente al fatto che l'autorizzazione e l'indicazione di utilizzare tale modalità erogativa è arrivata nel mese di maggio e molti enti del SSR hanno scelto di focalizzarsi nel resto dell'anno su attività direttamente legate all'assistenza dei pazienti affetti da Covid-19. Inoltre, la seconda ondata pandemica del 2020 ha colpito duramente le strutture e il personale sanitario del Veneto, con forti difficoltà nella copertura della turnistica per via della contagiosità del virus anche tra gli stessi professionisti sanitari impegnati nelle attività di assistenza, rendendo l'attività in telemedicina per quel particolare anno trascurabile a livello quantitativo. Delle 99 prestazioni totali erogate nel 2020, 80 interessano l'area dell'assistenza psico-

logica, trattandosi di colloquio psicologico clinico, psicoterapia di gruppo o individuale. Le restanti 19 prestazioni corrispondono a visite di controllo o follow-up, visita endocrinologica di controllo, prima visita endocrinologica, interventi di diagnostica e monitoraggio in ambito cardiologico. È possibile ipotizzare una interpretazione alle ragioni che sono alla base di tale dato, ovvero il pesante impatto psicologico che l'isolamento imposto dovuto al diffondersi del Covid-19 ha avuto sulla popolazione. Per questo motivo, i primi interventi erogati in telemedicina hanno interessato per lo più prestazioni che richiedono un semplice colloquio con il paziente tramite i mezzi di comunicazione digitali. I professionisti sanitari, alle prese con le prime attività da erogare in questa tipologia, hanno scelto di concentrarsi sul bisogno emergente di supporto psicologi-

co, incoraggiati anche dall'attenzione posta durante i periodi di lockdown alla cura della salute mentale da parte di vari organismi internazionali e nazionali.

Poiché determinate prestazioni sono state effettuate in volumi ridotti e non da tutti i 12 enti del SSR, sono state selezionate le principali 10 tipologie di attività erogate in telemedicina come campione da analizzare per il presente caso di studio, escludendo le prestazioni in telemedicina con volumi inferiori. Tale scelta consente di rendere le analisi statistiche maggiormente significative e di condurre osservazioni mirate (Patton, 2002); il campione analizzato risulta così composto dalle attività effettuate in telemedicina con maggiore frequenza a livello regionale negli anni considerati. Esse sono riportate a seguire, con i relativi volumi.

Tab. 1 – Prestazioni sanitarie erogate tramite telemedicina con maggiore frequenza in Veneto nel periodo di tempo considerato (2021 e 2022)

Anno di erogazione	2022	2021
	Totale prestazioni SSR Veneto	Totale prestazioni SSR Veneto
Tipologia di prestazione		
Visita endocrinologica di controllo	9.993	7.618
Visita di controllo o di follow-up	4.792	4.163
Visita oncologica di controllo	1.713	6.679
Controllo in remoto di <i>pacemaker</i> , <i>defibrillatore</i> e <i>loop recorder</i>	3.827	1.866
Visita reumatologica di controllo	1.822	2.232
Psicoterapia individuale	1.705	1.550
Visita dermatologica/allergologica di controllo	756	526
Colloquio psicologico clinico	744	1.015
Visita neurologica di controllo	958	1.378
Visita cardiologica di controllo	696	753
Totale	27.006	27.780

Le attività di telemedicina rappresentano lo 0,39% del totale complessivo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nella Regione del Veneto nel 2021, comprendenti quindi sia quelle in telemedicina sia quelle in modalità tradizionale con la presenza fisica di paziente e curante negli ambulatori, e lo 0,45% nel 2022.

Il campione usato ai fine delle analisi statistiche, ossia i volumi delle 10 tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale maggiormente erogate in telemedicina negli anni 2021 e 2022, è composto da 54.786 prestazioni. Esso risulta rappresentativo rispetto all'attività regionale complessiva in telemedicina poiché le 10 tipologie di prestazioni maggiormente effettuate ammontano al 74,64% dell'attività totale realizzata in telemedicina nel periodo di tempo considerato.

Complessivamente, è possibile osservare come le prestazioni effettuate in telemedicina rientrino per la maggior parte nella categoria delle visite di controllo: tale dato è riconducibile alla maggiore facilità nel continuare il percorso di cura a domicilio tramite i mezzi tecnologici dopo aver effettuato in presenza nelle strutture sanitarie una prima visita con presa in carico del paziente, avendo già un primo approccio con i professionisti sanitari. Inoltre, i numerosi follow-up relativi a cambiamenti nei piani terapeutici e farmacologici caratterizzanti le patologie croniche possono essere gestiti con maggiore rapidità ed efficacia tramite comunicazioni in tempo reale o quasi resi possibili grazie alle nuove tecnologie. Un ulteriore ambito che si presta particolarmente alla telemedicina, come anticipato, è quello del supporto psicologico, in cui la comunicazione e relazione tra paziente e curante che costituisce la

prestazione sanitaria stessa è facilmente realizzabile da remoto tramite dispositivi digitali.

È possibile notare come la tipologia di prestazione effettuata con maggiore frequenza sia stata in entrambi gli anni la visita endocrinologica di controllo. Questo dato trova riscontro nella letteratura di settore che individua nella branca medica dell'endocrinologia un ambito di applicazione della telemedicina con ottimi riscontri in termini di *compliance* del paziente che andrà a monitorare i personali valori glicemici, confrontarsi regolarmente con il curante in merito alla terapia insulinica e andare a intraprendere insieme un percorso di prevenzione delle complicanze relative alla patologia (McDonnell, 2018).

Altre branche mediche che appaiono presentare affinità con la modalità di erogazione dei servizi in telemedicina sono l'oncologia, la psichiatria e la cardiologia. Le tabelle inserite riportano i dati complessivi del periodo di tempo interessato dall'analisi, ovvero i dati degli anni 2021 e 2022 tra loro raggruppati.

La distribuzione delle età evidenzia come le classi di età corrispondenti a 0 anni e 01-4 anni, ovvero la prima infanzia, siano state interessate molto limitatamente dalle attività di telemedicina, coprendo soltanto lo 0,27% sul complessivo delle prestazioni selezionate. Nello specifico, quasi la totalità delle prestazioni erogate a favore di questo gruppo di pazienti è stata realizzata dalle AO della Regione, altamente specializzate sotto il profilo pediatrico.

A livello regionale, le classi di età che sono state interessate maggiormente dai servizi di telemedicina risultano essere quelle dei 25-44 anni (20,04% sul totale delle prestazioni selezionate a campione), 45-64 anni (24,71%) e 75 anni e oltre (25,44%). Queste ulti-

Tab. 2 – Volumi di prestazioni in telemedicina a livello regionale raggruppati negli anni 2021 e 2022 per branca medica di appartenenza

Branca medica	Volume prestazioni regionali
Branca generica	15.545
Non definita	278
Cardiologia	7.669
Chirurgia generale	693
Chirurgia vascolare	69
Endocrinologia	19.004
Nefrologia	277
Neurochirurgia	427
Neurologia	2.127
Oculistica	66
Odontostomatologia	20
Ortopedia e traumatologia	132
Ostetricia e ginecologia	1.033
ORL	54
Psichiatria	7.353
Urologia	599
Dermosifilopatia	1.499
Medicina fisica e riabilitazione	6.643
Gastroenterologia	403
Medicina nucleare	2
Oncologia	8.337
Pneumologia	630
Radiologia diagnostica	15
Radioterapia	233
Anestesia	293
Branca visite	2

me due, se sommate, costituiscono le due fasce d'età che interessano la metà delle prestazioni complessive.

Per quanto concerne la variabile di genere, il campione a livello regionale presenta una prevalenza di femmine, che rappresentano il 59% sul totale dei pazienti che hanno ricevuto prestazioni in telemedicina nei due anni, mentre i maschi costituiscono il restante

41%. Rispetto ai dati al 01.01.2023, la popolazione del Veneto si distribuisce per genere in 49% maschi e 51% femmine (Regione del Veneto, 2023); il campione presentato, dunque, sembra maggiormente sbilanciato rispetto alla distribuzione regionale complessiva verso il genere femminile per quanto riguarda l'aver ricevuto servizi in telemedicina.

Tab. 3 – Distribuzione regionale delle principali prestazioni in telemedicina per classi di età (anni 2021 e 2022 raggruppati)

Prestazioni erogate in telemedicina nel 2022 tra quelle selezionate per l'analisi	Classi di età							
	0 anni	01-04 anni	05-14 anni	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	75 anni e oltre
Visita di controllo o di follow-up	74	224	762	369	1446	2758	1292	2030
Visita cardiologica di controllo	1	4	13	13	48	296	347	727
Visita dermatologica/allergologica di controllo	5	55	325	230	264	234	86	83
Visita endocrinologica di controllo	14	159	1547	1502	5784	3208	2257	3140
Visita neurologica di controllo	5	29	97	89	365	603	238	910
Visita reumatologica di controllo	0	0	0	86	724	1539	831	913
Controllo in remoto di <i>pacemaker</i> defibrillatore e <i>loop recorder</i>	0	0	0	9	104	647	1010	3923
Psicoterapia individuale	0	0	101	1038	1181	757	154	24
Colloquio psicologico clinico	50	205	411	358	387	228	23	97
Visita oncologica di controllo	0	0	0	58	674	3270	2258	2093
Totale prestazioni per classe di età	149	676	3256	3752	10.977	13.540	8496	13.940

Tab. 4 – Distribuzione regionale delle principali prestazioni in telemedicina per classi di età (anni 2021 e 2022 raggruppati)

Prestazioni erogate in telemedicina nel 2022 tra quelle selezionate per l'analisi	Genere	
	Femmina	Maschio
Visita di controllo o di follow-up	4.278	4.677
Visita cardiologica di controllo	603	846
Visita dermatologica/allergologica di controllo	593	689
Visita endocrinologica di controllo	12.100	5.511
Visita neurologica di controllo	1416	920
Visita reumatologica di controllo	3.076	978
Controllo in remoto di <i>pacemaker</i> defibrillatore e <i>loop recorder</i>	2.067	3.626
Psicoterapia individuale	2.426	829
Colloquio psicologico clinico	1.204	555
Visita oncologica di controllo	4.559	3.833
Totale prestazioni per genere	32.322	22.464

4. Il ruolo della telemedicina nella gestione delle liste di attesa in Veneto

La Regione Veneto con DRG n. 1329 dell'8 settembre 2020 ha recepito le indi-

cazioni nazionali e adottato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, poi revisionato nel 2021 e nel 2022. Passata la fase emergenziale della prima ondata pandemica e con il progres-

sivo allentamento delle restrizioni e ripresa dell'attività sanitaria ordinaria, è stata condotta una analisi sui volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di screening e di ricovero ospedaliero non erogati per ciascun ente del SSR, ai fini di efficientarne il recupero.

Rispetto al legame tra lo smaltimento delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale arretrate e l'utilizzo della modalità della telemedicina nel SSR del Veneto, e della sua portata, si riporta come, al 01.01.2022 siano state stimate da parte del monitoraggio regionale 224.426 prestazioni di specialistica ambulatoriale da recuperare, escludendo quelle chirurgiche. Nel corso dell'anno, l'84% di esse è stato recuperato, con la realizzazione di 187.992 prestazioni e l'uscita dalla lista, per probabile rinuncia o accesso al mercato dell'offerta sanitaria del privato, del restante 16%, ossia 35.718. L'attività di recupero della specialistica ambulatoriale nel corso del 2022 può essere reputata di successo; infatti, a fine anno, la lista delle prestazioni da recuperare è stata smaltita, con una spesa economica coerente con quanto preventivato. Tale risultato è stato raggiunto principalmente tramite l'acquisto di prestazioni aggiuntive per il 50% dell'attività in galleggiamento; il 20% del recupero è stato realizzato tramite acquisto dal privato accreditato.

La telemedicina ha garantito il recupero del 5% delle prestazioni in arretrato a causa del Covid-19 a inizio 2022. Ciò significa che circa 9.400 delle 39.580 erogate in telemedicina nella Regione del Veneto nel 2022 interessavano il recupero di attività sospese a causa della pandemia. Questo risultato va oltre quanto la programmazione sanitaria regionale aveva inizialmente

prefissato all'interno del Piano Operativo di Recupero; infatti, era stato preventivato che il 2% delle prestazioni nel recupero dell'arretrato nel 2022 sarebbe stato compiuto tramite telemedicina, pari a 3.850 prestazioni.

L'obiettivo del 2% come quantitativo di prestazioni in arretrato da recuperare mediante la telemedicina può sembrare esiguo, ma questo dato va considerato in un'ottica di più ampio raggio: nel 2021 non tutte gli enti del SSR hanno avviato servizi in telemedicina e alcuni di essi hanno realizzato prestazioni scarse o limitate a specifiche aree cliniche. Per tale ragione, per l'anno 2022 è stata presumibilmente fissata una soglia non sfidante, ma alla portata di tutti gli enti del SSR, con la finalità di avviare le attività in ciascuno di essi, rendere strutturale l'implementazione della telemedicina a livello regionale e favorire da una parte un progressivo orientamento all'impiego delle tecnologie digitali nelle modalità di lavoro per i professionisti sanitari, dall'altra un coinvolgimento più attivo del paziente nel personale percorso di cura, ambedue processi che richiedono graduale consolidamento.

In questa ottica, il 5% delle prestazioni totali in arretrato recuperate tramite telemedicina risulta un dato consistente in termini relativi, considerando altresì come tutti gli enti del SSR abbiano implementato questa modalità erogativa nel 2022. È possibile affermare che la telemedicina abbia avuto un ruolo nel Piano Operativo di Recupero e che il suo impiego sia andato oltre le iniziali aspettative e previsioni, contribuendo allo smaltimento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e confermando le sue potenzialità anche all'interno della programmazione ordinaria, specialmente in un con-

testo mutevole che richiede all'assetto sanitario flessibilità e innovazione.

5. Discussione

Rispetto ai dati riportati nel caso di studio è stata condotta una analisi di indipendenza tra le prestazioni effettuate e l'ente del SSR di erogazione, evidenziando per ciascuno di essi la differenza percentuale nel numero di prestazioni erogate per il 2021 e per il 2022. Sono state poi effettuate analisi simili tra tipologie di prestazioni selezionate e variabili di età e genere dei pazienti, condizionate dall'ente di erogazione. Infine, è stata condotta una analisi di indipendenza tra gli enti del SSR di erogazione delle prestazioni e le branche mediche di appartenenza delle attività sanitarie.

I test effettuati (Chi Quadro di indipendenza) hanno evidenziato con significatività statistica $p\text{-value} \leq 0.05$ la presenza di una correlazione tra le tipologie di prestazioni erogate in telemedicina e gli enti di erogazione del SSR del Veneto negli anni presi in considerazione. Da ciò è possibile dedurre che le caratteristiche geografiche dei territori, gli aspetti economici e le variabili demografiche relative alla popolazione residente, ovvero l'utenza di riferimenti delle strutture sanitarie, influenzano nello specifico la tipologia e il quantitativo di attività sanitaria in telemedicina effettuata dai singoli enti.

Ciò può significare, per esempio, che la specifica configurazione geografica di un territorio, la presenza o meno di infrastrutture per raggiungere i presidi sanitari, la densità e distribuzione della popolazione e le sue caratteristiche demografiche impattano sulla richiesta e successiva erogazione di prestazioni in telemedicina. Tali ele-

menti andranno a rendere l'offerta dei servizi specifica e dipendente dai bisogni di salute dei pazienti; è necessario considerare queste particolari caratteristiche e necessità nel momento della programmazione dei servizi sanitari al fine di renderli appropriati rispetto ai bacini di utenza di competenza degli enti sanitari.

Dalle analisi emerge come vi sia correlazione anche tra genere ed età dei pazienti, ovvero vi sia un legame tra queste caratteristiche e le tipologie di prestazioni sanitarie erogate in telemedicina dai differenti enti del SSR. Rispetto alle caratteristiche degli utenti nello studio che hanno beneficiato dei servizi di telemedicina, la fascia di età degli anziani risulta essere la più interessata; questo dato, seppur in linea con il periodo del manifestarsi delle patologie croniche nella popolazione e la distribuzione demografica complessiva del Veneto, comporta alcune implicazioni. Tali pazienti, per via delle competenze digitali limitate dovute all'età, con ragionevole probabilità presenteranno difficoltà nell'utilizzo delle tecnologie digitali e necessiteranno di un maggiore supporto da parte degli operatori sanitari in modo da poter colmare tale *gap* conoscitivo e poter beneficiare degli interventi assistenziali da remoto. Le attività di telemedicina hanno, invece, trovato applicazione limitata rispetto alla fascia di età 0-4 anni; la letteratura fornisce evidenze circa la validità della telemedicina nell'assistenza al paziente pediatrico, in particolar modo nel rendere possibile all'utente l'accesso a consulenze da parte di professionisti altamente specializzati e nel facilitare la fruizione dei servizi per famiglie e bambini con impedimenti fisici alla mobilità che renderebbero difficoltoso

so recarsi presso le strutture adibite (Zuccotti, Calcaterra e Foppiani, 2023). I risultati emersi nel presente contributo sembrano discostarsi da tale tendenza; è possibile che i pediatri, trovandosi nella delicata e complessa situazione di dover spiegare al paziente pediatrico o ai genitori il perché della necessità di dispositivi di protezione individuale, nuovi protocolli e misure di isolamento abbiano preferito in un primo momento non modificare ulteriormente le modalità di relazione introducendo anche mezzi digitali. È altresì vero che la fascia di età interessata nei dati rappresenta quella della prima infanzia, in cui può risultare complicato coinvolgere direttamente il paziente e interagire tramite tecnologie digitali.

Un potenziale aspetto di approfondimento rispetto al caso di studio illustrato è quello dell'indagine relativa alla direzione delle correlazioni individuate.

Varie branche di specialistica ambulatoriale sono state interessate dalle attività di telemedicina, in particolare quelle dell'endocrinologia, oncologia, cardiologia, reumatologia, dermatologia e neurologia. Queste aree cliniche sono caratterizzate dalla presenza di patologie croniche che necessitano di frequenti visite di controllo, monitoraggio regolare di determinati parametri clinici e contatto con lo specialista per la pianificazione terapeutica e ciò fornisce una spiegazione plausibile rispetto all'affinità della telemedicina con queste branche mediche.

Al di là delle specificità relative al caso di studio, l'esperienza del Veneto permette di estendere ulteriori riflessioni rispetto alla tematica. La telemedicina appare uno strumento utile per andare incontro alle esigenze dell'utenza che

risiede in territori scarsamente popolati o disagiati come, per esempio, quelli montani, lagunari o insulari. Poiché consente all'utente di non dover rinunciare a ricevere assistenza specialistica per via delle difficoltà nel raggiungere presidi e strutture sanitarie lontane e di superare impedimenti fisici alla mobilità, diffusi specialmente nella popolazione anziana, essa costituisce un meccanismo di equità rispetto all'accesso all'offerta sanitaria disponibile.

L'attivazione di servizi di telemedicina nel caso di studio presentato sembra avere l'effetto desiderato di far aumentare l'accessibilità a servizi di specialistica per i pazienti. In particolare, può comportare una maggiore facilità di accesso alle prestazioni legate al percorso di cura e prevenzione di condizioni cliniche e patologie quali l'infarto, l'arresto cardiaco, il diabete, il monitoraggio dell'andamento della gravidanza, in linea con quanto presente in letteratura (Barbosa *et al.*, 2021). È possibile affermare che l'area medica dell'endocrinologia rappresenta quella di maggiore impiego della telemedicina nel SSR del Veneto. Tale dato è confermato dalle evidenze presenti nella letteratura che suggeriscono come non solo gli interventi di telemedicina legati alla gestione del diabete siano equivalenti in termini di efficacia se comparati con quelli erogati tradizionalmente (Wood *et al.*, 2015), ma che abbiano la potenzialità di garantire un percorso di assistenza addirittura migliore (Su *et al.*, 2016), in linea con la maggior facilità di accesso agli interventi assistenziali e alla partecipazione attiva del paziente che questo tipo di interventi comportano. Dai risultati emersi dallo studio è possibile affermare che, nello scenario del

SSR del Veneto e con elementi di applicabilità ad altri assetti sanitari nazionali, le attività di teleconsulto e telemonitoraggio effettuate da parte del medico specialista in una visita di controllo o follow-up, dopo aver effettuato la presa in carico del paziente in modalità tradizionale presso le strutture sanitarie, si prestino particolarmente all'applicazione della telemedicina

Dunque, specialmente nelle aree della endocrinologia, cardiologia e psichiatria, la telemedicina permette agli specialisti del SSR del Veneto di avere un supporto tramite feedback continui nel monitoraggio del paziente e nella gestione dei quadri patologici. Inoltre, favorisce una maggiore *compliance* nel paziente che percepisce il medico come coinvolto da vicino e costantemente presente nel percorso di cura, rafforzando il rapporto tra curante e curato e, in generale, la solidità della presa in carico e della continuità assistenziale sul territorio (Omboni *et al.*, 2020). La telemedicina trova, infatti, riscontro favorevole anche nella prospettiva del paziente, che si presenta generalmente predisposto a tale modalità di relazione con i professionisti sanitari e la considera soddisfacente e paragonabile per efficacia a una prestazione realizzata tradizionalmente in presenza, apprezzando in particolare il fatto che consenta di evitare spostamenti e risparmiare nelle spese di viaggio per recarsi ai presidi ospedalieri ed essere seguiti con continuità nel percorso di cura (Striani e Rocco, 2022).

Il presente studio ha evidenziato come la telemedicina abbia la potenzialità di contribuire alla gestione e allo smaltimento delle liste di attesa, consentendo inoltre ai cittadini un più rapido ed equo accesso alle cure specialistiche in

tempi congrui alle priorità cliniche. Rispetto alle domande di ricerca poste inizialmente si riscontra, dunque, come la telemedicina rappresenti un valido mezzo per consentire la riduzione delle prestazioni in arretrato per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale e possa essere un valido mezzo per efficientare la gestione della domanda, mitigando la formazione di liste di attesa e ampliando l'accesso ai servizi.

Da una parte, il contesto socio-demografico ed economico in continuo mutamento e caratterizzato dalla necessità di ridurre le spese sanitarie e, dall'altra, l'esigenza di garantire la soddisfazione dei bisogni assistenziali di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche, sottolineano l'urgenza di digitalizzare i tradizionali processi di realizzazione dei servizi sanitari. L'indirizzo europeo e la pianificazione esplicitata nelle missioni del PNRR sono concordi nell'indirizzare le politiche sanitarie verso tale direzione, potenziando la telemedicina.

Inoltre, in un'ottica di *value-based healthcare*, la sanità va orientata verso l'abbandonare modelli di management e gestione basati esclusivamente sui costi, a favore, invece, di uno incentrato sul fornire valore al paziente (Porter e Teisberg, 2006). Per fare ciò, i sistemi sanitari devono strutturare i servizi offerti attorno alle patologie e bisogni specifici dei pazienti, andando a realizzare servizi che possano creare valore aggiunto per questi, anche tramite implementazione della telemedicina. Il ruolo attivo che il paziente assume in diverse tipologie di attività in telemedicina, che richiedono appunto che sia responsabile del monitoraggio di determinati sintomi e possibili complicanze, della rilevazione di parametri e utilizzo

di macchinari e strumentario, favorisce un maggiore coinvolgimento nel percorso di cura. Ciò trasforma le modalità di produrre servizi pubblici: all'utente è richiesto di partecipare in prima persona e agire da consumatore e produttore di servizi al contempo, interagendo e interfacciandosi con chi realizza le attività, ovvero i professionisti sanitari. La letteratura sulla co-produzione del valore in sanità va a confermare come sia diventato imperativo che i cittadini si interessino e prendano parte alla pianificazione e realizzazione dei servizi sanitari e non solo, affinché questi possano soddisfare le necessità ed essere reputati di qualità e appropriati da parte degli utenti finali stessi (Fusco, Marsilio e Guglielmetti, 2018).

6. Osservazioni conclusive

L'esperienza della Regione Veneto riportata, in linea con quanto indicato nella letteratura, conferma la validità della telemedicina nel fornire un contributo alla realizzazione di servizi sanitari appropriati non solo in situazioni emergenziali, ma anche da inserire nella ordinaria programmazione delle attività sanitarie per ampliare l'accesso ai servizi specialistici. Il contributo del presente studio suggerisce una generalizzazione analitica dei risultati positivi riscontrati nel caso di studio del SSR del Veneto rispetto all'implementazione della telemedicina. Tra questi vi è la possibilità tramite tale modalità di ridurre le liste di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e ottimizzare la gestione della domanda stessa, l'ampliamento dell'accesso a prestazioni specialistiche, soprattutto per utenti che risiedono in territori disagiati, lontani dalle strutture sanitarie o presentano difficoltà negli spostamenti. Inoltre, la

telemedicina favorisce un servizio sanitario di orientamento *value-based*, in cui l'offerta sanitaria è strutturata sulle reali istanze di salute del paziente, le sue esperienze e opinioni, realizzando servizi che vadano a creare valore aggiunto per l'utente finale.

Dallo studio emerge come l'adozione da parte degli enti del SSR di un obiettivo operativo legato allo sviluppo della telemedicina assegnato dagli organi di governance regionale rappresenti un fattore incentivante alla implementazione di tale modalità erogativa. Tale azione può essere presentata con implicazioni manageriali poiché può essere esportata in altri assetti sanitari fungendo da spinta motivante da parte delle Regioni in modo tale che le Aziende Sanitarie concretizzino il processo di digitalizzazione dei servizi sanitari offerti.

Sono riscontrabili alcuni fattori ostacolanti: uno dei principali è rappresentato dalle difficoltà dell'utente nel procurarsi e utilizzare degli strumenti tecnologici, soprattutto nella popolazione anziana che potrebbe presentare un livello di alfabetizzazione digitale non sufficiente per poter usufruire di tali servizi. Vi è, inoltre, un possibile livello di resistenza da parte degli operatori sanitari nell'accettare e inglobare le tecnologie digitali all'interno delle prassi assistenziali consolidate. È possibile, infatti, che non si trovino a proprio agio con le tecnologie o che abbiano anche solo parzialmente la percezione di venire sostituiti e rimpiazzati da queste; inoltre, potrebbero non aver ricevuto la formazione adeguata rispetto a come utilizzarle e non sentire di avere supporto istituzionale nel calarsi in attività di telemedicina, trovandosi invece a dover capire in autonomia come realizzare questo

nuovo servizio (Hyejung, 2015). Ulteriori aspetti di potenziale criticità da tenere in considerazione sono quelli del rispetto della privacy e dell'affidabilità dei dati clinici prodotti dall'automonitoraggio effettuato dai pazienti da remoto e della capacità di questi ultimi e degli eventuali *caregivers* di gestire terapie e dispositivi complessi in relativa autonomia.

Inoltre, nonostante la telemedicina sia nel tempo affermata come una delle innovazioni nel settore sanitario dalle maggiori potenzialità, la sua implementazione è rallentata dalla complessità nella determinazione dei costi specifici delle prestazioni sanitarie effettuate in questa modalità e dalle modalità di rimborso (Chirico, Palozzi e Gabbrielli, 2020).

Un limite specifico relativo allo studio presentato riguarda la possibilità di integrare i risultati ottenuti con delle interviste ai professionisti sanitari e pazienti coinvolti nelle attività di telemedicina, in modo da poter approfondire le percezioni e il livello di soddisfazione rispetto a quanto implementato e utilizzare tali informazioni per migliorare la futura programmazione dei servizi, in un'ottica partecipativa e *value-based*.

I risultati presentati nel caso di studio relativi alla gestione delle liste di attesa e all'ampliamento dell'accesso ai servizi di specialistica tramite telemedicina appaiono incoraggianti e potenzialmente replicabili in altri sistemi sani-

tari regionali, non solo in contesti emergenziali, ma andando ad affiancare stabilmente la telemedicina alla modalità tradizionale nella programmazione dei servizi sanitari, in particolare nel follow-up a pazienti affetti da multi cronicità e nell'area dell'endocrinologia.

La pandemia ha rappresentato un periodo di forte criticità per gli assetti sanitari, impegnati nel cercare di erogare un grande numero di interventi assistenziali specifici all'interno di uno scenario in cui la medicina aveva a disposizione conoscenze limitate e stesse applicando metodologie e protocolli in divenire. Tuttavia, essa ha costituito anche un pretesto scatenante per accelerare l'adozione di tecnologie digitali quali modalità alternative e valide per erogare i servizi, obbligando le Aziende Sanitarie a implementarne rapidamente l'utilizzo. Infatti, la necessità di impiegare strumenti differenti da quelli tradizionali per via del contesto emergenziale, ha rappresentato una opportunità per gli enti della sanità veneta, ma non solo, di accelerare la digitalizzazione dei sistemi sanitari. Il presente contributo suggerisce come tale processo, e in particolare la realizzazione di attività in telemedicina, vada continuato e potenziato in modo da garantire eque opportunità di accesso alle cure per i cittadini e un efficientamento nella gestione della domanda di prestazioni specialistiche.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (2014). Access to Healthcare. In: *2014 National Healthcare Quality Report*.
- Barbosa W., Zhou K., Waddell E., Myers T., Dorsey E.R. (2021). Improving Access to Care: Telemedicine Across Medical Domains. *Annual Review of Public Health*, 42: 463-481.
- 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: 7-25.
- Bobini M., Boscolo P.R., Tozzi V., Tarricone, R. (2021). La telemedicina e i processi di gestione del cambiamento nelle aziende sanitarie. In: CER-GAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.
- Boscolo P.R., Fenech L., Rappini V., Rotolo A. (2019). Tecnologia e innovazione nei modelli di servizio in sanità. In CER-GAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2019*. Milano: Egea.
- Chirico A., Palozzi G., Gabbriellini F. (2020). Cost Analysis of Telemedicine Implementation in the Lens of Healthcare Sustainability: A Review of the Literature. In: Cagánová N.H. (a cura di). *Mobility Internet of Things 2018* (pp. 451-469). Springer Nature: Switzerland.
- Cristofaro C., Ventura M., Maro M., Reina R., Torella D., di Filippo C., La Regina V. (2022). La telemedicina come modello di monitoraggio e gestione dei pazienti con multicronicità: l'esperienza dell'AOU Mater Domini di Catanzaro. *Mecosan*, 123: 167-180.
- Eisenhardt K., M. (1989). Building theory from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4): 532-550.
- Fusco F., Marsilio M., Guglielmetti C. (2018). La co-production in sanità: un'analisi bibliometrica. *Mecosan*, 108: 35-54.
- Hyejung C. (2015). Evaluation Framework for Telemedicine Using the Logical Framework Approach and a Fishbone Diagram. *Health Informatics Research*, 21(4): 230-238.
- Istituto Superiore di Sanità (2020). *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria Covid-19*. Roma. -- In https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+12_2020+telemedicina.pdf/387420ca-0b5d-ab65-b60d-9fa426d2b-2c7?t=1587114370414.
- Lecci F. (2022). In Academy of Health Care Management and Economics. (2022). *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*. Milano: Egea.
- McDonnell M. (2018). Telemedicine in Complex Diabetes Management. *Current Diabetes Reports*, 18(42).
- Ministero della Salute (2014). Telemedicina – Linee di indirizzo nazionale. Roma, *Gazzetta Ufficiale*. -- In https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf.
- Ministero della Salute (2019). Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021). Roma, *Gazzetta Ufficiale*. -- In https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf.
- Ministero della Salute (2020). Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Roma, *Gazzetta Ufficiale*. -- In <https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>.
- Nunez A., Sreenganga S.D., Ramaprasad A. (2021). Access to Healthcare during Covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18.
- Omboni S., McManus R.J., Bosworth H.B., Chappell L.C., Green B.B., Kario K., Logan A.G., Magid D.J., Mckinstry B., Margolis K.L., Parati G., Wakefield B.J. (2020). Evidence and Recommendations on the Use of Telemedicine for the Management of Arterial Hypertension: An International Expert Position Paper. *Hypertension*, 76(5): 1368-1383.
- Patton M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pfeil J.N., Rados D.V., Roman R., Katz N., Nunes L.N., Vigo A., Harzheim E. (2023). A telemedicine strategy to reduce waiting lists and time to specialist care: A retrospective cohort study. *J Telemed Telecare*, 29(1): 10-17.
- Porter M. E., Teisberg E.O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Brighton: Harvard Business Review Press.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Roma, *Gazzetta Ufficiale*. -- In https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/PNRR_2021_0.pdf.

Regione del Veneto (2023). *Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto Anno 2023 (Dati 2022)*. -- Disponibile al <https://prs.azero.veneto.it/damrssi/assets/allegati/RelazioneCompletaPubblica.pdf>.

Regione del Veneto (2016). Legge Regionale nr. 30 del 30 dicembre 2016. Venezia, *Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto*. -- In <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=337059>.

Regione del Veneto (2020). DGR nr. 568 del 05 maggio 2020. Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina. Venezia, *Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto*. -- In <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=419799>.

Regione del Veneto (2022). DGR nr. 162 del 22 febbraio 2022. Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa rimodulazione. Venezia, *Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto*. -- In: <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=471103>.

Striani F., Rocco C. (2022). Analisi sistematica di servizi di telemedicina a supporto della morbidità: tecnologie e prospettive future. *Mecosan*, 121.

Su D., Zhou J., Kelley M.S., Michaud T.L., Siahpush M., Kim J., Wilson F., Stimpson J.P., Pagan J.A. (2016). Does telemedicine improve treatment outcomes for diabetes? A meta-analysis of results from 55 randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract.*, 116: 136-148.

Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 22(3): 429-445.

Wood C.L., Clements S.A., McFann K., Slover R., Thomas J.F., Wadwa R.P. (2015). Use of telemedicine to Improve Adherence to American Diabetes Associations Standards in Pediatric Type 1 Diabetes. *Diabetes Technol Ther.*, 18(1): 7-14.

Yin R. K. (2018). *Case study Research and Applications. Design and Methods*. Thousand Oaks, Ca: SAGE Publications.

Zuccotti G., Calcaterra V., Foppiani A. (2023). Present and future of telemedicine for pediatric care: an Italian regional experience. *Italian Journal of Pediatrics*, 49, 10.