

**OPEN ACCESS: NESSUNA DISCRIMINAZIONE.  
UN MODELLO DI GESTIONE VIRTUOSA DELLE LISTE DI ATTESA IN SANITÀ**

**Di JACOPO GAGLIARDI**

**Sommario:** 1. Introduzione. - 2. *Open Access*, una nuova filosofia manageriale nella gestione delle liste d'attesa: il principio della segmentazione dei flussi di pazienti. - 3. *Open Access*: presupposti organizzativi per un corretto funzionamento. - 4. *Open Access*: un efficace strumento di prevenzione della corruzione. - 5. *Open Access*: il modello pisano. - 6. Conclusioni.

## 1. Introduzione

La problematica delle liste di attesa rimane una delle principali manifestazioni con cui i cittadini percepiscono e misurano l'effettività del diritto alla salute e, dunque, la capacità di un sistema di rispondere ai bisogni di salute della popolazione<sup>1</sup>. Soprattutto nel corso degli ultimi decenni, a fronte di una domanda sanitaria sempre in aumento<sup>2</sup> e legata sia all'evolversi delle esigenze sanitarie della popolazione sia alla diffusione della c.d. *medicina difensiva*<sup>3</sup>, le politiche di contenimento della

---

<sup>1</sup> Il volume *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, redatto da *Academy of Health Care Management and Economics SDA Bocconi – Novartis*, Egea, p. 11, ricorda come il fenomeno dei tempi d'attesa abbia notevole rilevanza per diversi ordini di ragioni, in quanto:

- impatta direttamente sull'esperienza di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini determinandone una visibilità immediata;
- può influenzare notevolmente gli esiti dei processi di cura, determinando un impatto rilevante sugli *outcome* clinici (e quindi, nuovamente, in modo diretto sul cittadino/paziente e sulla sua salute);
- è spesso al centro del dibattito politico, indicato come uno dei «problemi» del SSN su cui ciclicamente i governi si interrogano e propongono soluzioni «sistemiche»;
- richiede dunque sia interventi «macro» a livello di organizzazione del sistema nel suo complesso, sia interventi «micro» che devono affiancarsi al livello regionale e poi successivamente a quello aziendale.

<sup>2</sup> Per uno sguardo generale sulle dinamiche evolutive dei bisogni di salute dalla popolazione si veda: C. Collicelli, F. Maietta, M. Viola, *La domanda di salute e la percezione della qualità dell'offerta*, in V. Atella (a cura di), *Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2012*, Franco Angeli, Milano, 2013, 96 ss., in M. De Angelis., *Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità*, (versione provvisoria), p. 14, disponibile in [www.aipda.it](http://www.aipda.it).

<sup>3</sup> Termine che sta ad indicare una limitata collaboratività fra gli attori coinvolti nella procedura decisionale, che parte dalla richiesta (paziente), passa per la prescrizione (medico professionista) e si conclude nell'erogazione della prestazione. Purtroppo, talvolta, tali pratiche sanitarie sono finalizzate, piuttosto che al miglior interesse dei soggetti destinatari delle decisioni diagnostiche o terapeutiche, soltanto a minimizzare il rischio concreto di contenzioso giudiziario, civile o penale, per i professionisti che le abbiano assunte. Quando i medici prescrivono *extra test* o procedure al solo scopo di ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per *malpractice* creano, infatti, una domanda sanitaria che grava ulteriormente su un sistema la cui capacità di risposta è già messa a dura prova. Per un approfondimento sulla tematica della medicina difensiva si veda AA . Vv., *Medicina difensiva - Diffusione e impatto economico. Un modello di*

spesa pubblica hanno fatto registrare una netta contrazione dal punto di vista dell'offerta, con inevitabile incremento dei tempi di attesa. A ragione - dunque - si sostiene che il diritto alla salute è un diritto condizionato (dalle scelte politiche, dalla disponibilità delle risorse finanziarie, dai sistemi di gestione dei servizi che al diritto danno attuazione e così via) e si presenta ristretto da diversi lati, essendo oggi la sua soddisfazione inquadrata in uno scenario economico e normativo complesso, caratterizzato da una profonda crisi e da logiche non proprio fedeli all'ideale utopico di diritto garantito a tutti e uguale per chiunque<sup>4</sup>. Il tutto unito sia alla complessità dello scenario normativo in cui il sistema sanitario italiano si è mosso negli ultimi anni, sia ad una regionalizzazione sempre più marcata che ha generato, nella sostanza, venti sistemi sanitari diversi, ognuno dei quali ha affrontato i periodi di crisi in modo differente, usando le politiche e gli strumenti più consoni alle esigenze di salute espresse dalla popolazione e alla situazione sociale del territorio di riferimento<sup>5</sup>. In un quadro in cui i vincoli economico - finanziari costringono, dunque, gli attori della sanità (dal legislatore all'operatore di un reparto ospedaliero) a navigare "a vista" di fronte alle pesanti ricadute che gli obblighi di tenuta dei bilanci hanno sui servizi e sulle prestazioni, il sistema sanitario italiano sembra comunque aver tenuto, grazie ad una manutenzione straordinaria volta a rivedere,

---

valutazione, in Monitor , 2015 disponibile on line in [http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/15\\_medicina\\_difensiva.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/15_medicina_difensiva.pdf); R. Bartoli , *I costi "economico-penalistici" della medicina difensiva* , in Riv. it. med. legale , 2011, n. 4 - 5, 1107 ss.; G . Guerra, *La 'medicina di difesa': fenomeno moderno dalle radici antiche* , in Salute e diritto , n. 4, 2013, 221 ss. Sulla medicina difensiva e sulla responsabilità del medico, si veda: A. Roiati , *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale*, Giuffrè, Milano, 2012; C. Cattò, N. Nardella, M. Capalbo e A. Ricci, *La medicina difensiva* , in Riv. it. med. legale , n. 3, 2007, 909 ss.. Può costituire un argine alla medicina difensiva l'applicazione del governo clinico: questa è l'idea di E. Balboni e M. Campagna , *Osservazioni sul Governo clinico anche come argine alla medicina difensiva* , in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola (a cura di), *La sanità in Italia* , Il Mulino, Bologna, 2010, 111 ss, in M. De Angelis., *Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità*, (versione provvisoria), cit., p. 14.

<sup>4</sup> Si veda L. Vandelli, F. Foglietta, C. Bottari, *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi* , Maggioli, Rimini, 2013 in cui sono raccolti contributi contenenti diverse riflessioni sulle possibili strategie da percorrere in periodo di crisi economica per un sistema sanitario sostenibile e in grado di assicurare contemporaneamente una assistenza equa e appropriata. Sul diritto alla salute come fondamento del benessere umano, si veda, G. Cordini, *Crisi dello Stato sociale, sostenibilità ambientale e tutela della salute* , in L. P.T. Ronconi (a cura di), *Unione Europea e diritto alla tutela della salute: problematiche giuridiche*, Maggioli, Rimini, 2016, 19 ss. Sul punto e sul sistema sanità come motore di sviluppo economico si veda: M. Ciaschini, R. Pretaroli, F. Severini, C. Soggi, *Health services as a key sector for income and employment change* , in Bulletin of the Transylvania, Series VII: Social Sciences – Law , n. 3, 2010, 52 e ss.; cfr. anche R. Saporiti, *Ecco perché aumentare la spesa sanitaria allunga la vita* , in Il Sole 24 ore , 10.09. 2017, in M. De Angelis., *Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità*, (versione provvisoria), cit., p. 3.

<sup>5</sup> L. Vandelli, F. Foglietta, C. Bottari, *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi* , cit., in M. De Angelis., *Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità*, (versione provvisoria), cit., p. 3.

riqualificare, riordinare le diverse componenti del sistema e provando ad assicurare ai cittadini lo stesso sostanziale livello di servizi, seppure in maniera diversificata, rispetto al passato<sup>6</sup>.

E se è vero che il rigore economico diventa condizione necessaria per garantire l'effettività del diritto alla salute, allo stesso modo assumono un'importanza fondamentale l'attenzione alle *performance*, la partecipazione e l'allargamento delle tutele, la riorganizzazione delle modalità con cui vengono erogati i servizi sanitari e i percorsi con cui le scelte vengono tradotte in decisioni<sup>7</sup>. Per questo si sono fatte strada nuove proposte che, nel rispetto dei vincoli finanziari, tentano comunque di garantire, se non incrementare, il livello di accessibilità e effettività delle cure<sup>8</sup>. È il caso del modello pisano di gestione delle liste di attesa per le prestazioni mediche di primo accesso, denominato *Open Access*, che, nel seguito dell'elaborato, ci porterà a riflettere circa i profili di equità che scaturiscono da tale scelta. Sistema che, peraltro, si presenta coerente anche con la predetta esigenza di rispettare vincoli finanziari, sempre più stringenti, in quanto non prevede alcun aumento dei costi a carico del SSR (se non nella prima fase di smaltimento del *backlog*). Per questo occorre riflettere e approfondire lo studio di un modello che, in molti, oggi ritengono, addirittura, incostituzionale.

## **2. *Open Access*, una nuova filosofia manageriale nella gestione delle liste d'attesa: il principio della segmentazione dei flussi di pazienti.**

L'idea di *Open Access* nasce dal fallimento dei tradizionali metodi di *scheduling* che offrivano ogni giorno liste colme di prenotazioni, con i casi urgenti sistemati solitamente in *overbooking*. I tempi medi di attesa erano, e continuano ad essere, piuttosto lunghi, se non inaccettabili in alcune realtà, con differenze ancora molto marcate rispetto a quelli dell'*intramoenia* e del privato. Se a questo aggiungiamo che i costi per il cittadino, tra pubblico e privato, sono sempre meno distanti, se non talvolta inferiori a quelli dell'*intramoenia*, allora è facile intuire come la sanità privata diventi sempre più competitiva, puntando sul rapporto qualità/prezzo e accorciando notevolmente, con

---

<sup>6</sup> *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012 - 2013*, in [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&area=rssp](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=rssp), in M. De Angelis., *Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità*, (versione provvisoria), cit., p. 4;

<sup>7</sup> M. De Angelis, G. Gregori, *L'anticorruzione: la sanità "sotto controllo"*, in M. Cerioni, M. De Angelis, S. Toschei (a cura di), *Anticorruzione in sanità: azioni e reazioni*, Aracne, Roma.

<sup>8</sup> Lo studio *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, redatto da *Academy of Health Care Management and Economics SDA Bocconi – Novartis*, cit., p. 24, ricorda alcuni tra gli approcci più importanti sviluppati a livello internazionale dai quali emergono alcune principali linee di intervento: la definizione di priorità di accesso per meglio organizzare l'offerta rispetto all'urgenza del trattamento o dell'esame diagnostico; la promozione di modelli di *governance* sovra aziendale con approcci multidisciplinari nei processi decisionali clinici e amministrativi; l'accentramento dei canali di prenotazione e la revisione dei processi, con l'adozione di sistemi predittivi e *tool* per anticipare e gestire i comportamenti degli utenti.

prezzi di poco superiori al *ticket*, i tempi di attesa. In altre parole, le scarse differenze di prezzo e le lunghe liste di attesa hanno incentivato lo sviluppo di un'offerta privata di servizi spesso concorrenziale con quella pubblica, per costo e tempi di risposta in cui “*la Sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante dalle inefficienze del pubblico*” con un “*Servizio Sanitario Nazionale che continua ad arretrare soccombendo alla concorrenza del privato*”<sup>9</sup>.

Il metodo delle priorità in ricetta ha dimostrato nel tempo tutta la sua inefficacia perché di fatto si era costretti o a dedicarvi appositi *slot*, oppure a spostare continuamente gli appuntamenti di *routine* con inevitabile pregiudizio per gli utenti. Il modello *Open Access*, mutuato dal mondo statunitense, pone, invece, di nuovo al centro la figura del medico di medicina generale che funziona tradizionalmente da *gate keeper*<sup>10</sup>. La sfida organizzativa che un *management* di successo deve essere in grado di cogliere sta proprio nel riproporre tale modello adattandolo alle necessità ed alle peculiarità dell'organizzazione interessata.

Tradizionalmente il sistema sanitario è stato fortemente improntato alla cura delle malattie acute attraverso un'organizzazione molto simile al concetto di fabbrica: il paziente entrava in officina, il pezzo rotto veniva sostituito con un nuovo pezzo funzionante e la macchina tornava a correre. Le malattie infettive e traumatiche giocavano un ruolo di primo piano nella concezione dell'assetto organizzativo della struttura sanitaria o ospedaliera, mentre le malattie croniche avevano un ruolo decisamente più marginale. L'aumento dell'aspettativa di vita ha portato a rivalutare i rapporti di forza nell'organizzazione dell'offerta che si erano creati nel tempo, non a caso l'attenzione si è progressivamente spostata sulla qualità della vita residua. L'invecchiamento della popolazione, l'incidenza crescente delle patologie croniche, una maggior capacità diagnostica e la disponibilità di cure che non richiedono o posticipano l'ospedalizzazione sono, infatti, i principali fattori che spiegano un aumento della domanda di prestazioni ambulatoriali, che a fronte di una capacità d'offerta invariata, o ridotta, producono, inevitabilmente, un allungamento delle liste di attesa in tutti i Paesi<sup>11</sup>. La concezione originaria, improntata alla logica della catena di montaggio, è stata messa così in discussione: ciò è un evidente sintomo di come il profilo della domanda stia radicalmente cambiando. Il primo accesso, che negli anni era stato trascurato in favore invece della

---

<sup>9</sup> *Tempi di attesa. “Si fa prima nel privato e costa anche meno”*, in *Quotidiano Sanità*, 19 Marzo 2018, che cita sul punto le riflessioni contenute nello studio Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, condotto da Crea.

<sup>10</sup> L'unica differenza rispetto al modello originario statunitense sta nella previsione, ad esempio, nel caso pisano, su cui ci si soffermerà nel par. 5, di applicarlo alla prenotazione delle prestazioni specialistiche.

<sup>11</sup> *Academy of Health Care Management and Economics SDA Bocconi – Novartis, Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, cit., p. 23;

“pesantezza” della casistica trattata<sup>12</sup>, inizia adesso a giocare il ruolo di protagonista. In altre parole, un’organizzazione di questo tipo ha portato, negli anni, a concentrare attenzioni e risorse sul *backstage* piuttosto che sull’entrata principale. La priorità era la sala operatoria all’avanguardia o la tecnologia adeguata, non tanto i canali che permettevano al paziente di entrare all’interno del sistema. Anzi, il sistema si presentava come un abito cucito su misura sulle esigenze del professionista: si delineava, così, un modello orientato prevalentemente al professionista, piuttosto che alla qualità del servizio e alla soddisfazione finale dell’utente. Anche la mancata distinzione dei diversi flussi di pazienti all’interno delle agende era tipico della concezione di fabbrica: il professionista non percepiva il bisogno di questa distinzione dovendosi preoccupare soltanto di riparare il pezzo rotto.

Il funzionamento del meccanismo è piuttosto semplice: i pazienti che hanno bisogno di prestazioni specialistiche o diagnostiche non sono tutti uguali e di questo *Open Access* ne tiene conto ed è proprio per questo che ha creato percorsi completamente diversi. Una logica rivoluzionaria<sup>13</sup> che risponde al principio di segmentazione dei flussi. In altre parole, flussi che hanno ragioni sottese e natura diverse non possono essere confusi tra loro: nel primo accesso non vi è cognizione delle situazioni potenzialmente evolutive che il problema può riservare, c’è bisogno piuttosto di una risposta immediata che sarà poi determinante per le altre decisioni cliniche; nei controlli, invece, il paziente è noto e lo specialista è cosciente delle modalità e della tempistica opportuna per affrontare il problema. Se nel primo accesso, quindi, l’esigenza è quella di accorciare, se non azzerare la lista d’attesa, per gli appuntamenti successivi, pertanto, non si parlerà più di lista d’attesa, ma piuttosto di liste di prenotazione che saranno gestite dallo stesso specialista coordinando modalità e tempistica dei controlli. Il paziente, così, uscirà dalla struttura con la prenotazione in mano assicurandosi l’adeguatezza nella tempistica di controllo e evitando futuri inutili ingolfamenti del sistema<sup>14</sup>. In altre

---

<sup>12</sup> Si fa riferimento con questa espressione alla pesantezza del DRG attribuito: maggiore è il peso di quest’ultimo e più elevato risulterà il carico assistenziale, la complessità ( ed il relativo rimborso) della corrispondente casistica. Negli anni tale aspetto era stato valutato in maniera nettamente preponderante nelle logiche organizzative pendendo di vista il *focus* sul primo accesso e sulla necessità di garantire un’adeguata tempestività.

<sup>13</sup> La segmentazione della popolazione e la progettazione di sistemi di offerta che tengano conto delle diverse priorità assegnabili a target distinti di pazienti rappresenta una rivoluzione nella modulazione dell’offerta e nella capacità di risposta alla domanda ( Hadorn 2000; Francesconi e Mittone, 2012; Mariotti e colleghi, 2014 ; Dery e colleghi, 2020), in *Academy of Health Care Management and Economics SDA Bocconi – Novartis, Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, cit., p. 24;

<sup>14</sup> Ciò è coerente con quanto previsto nell’Allegato A del Piano Nazionale d Governo delle Liste d Attesa per il Triennio 2019-2021 che ribadisce l’esigenza di indicare in modo chiaro nelle prescrizioni se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di

parole, con *Open Access*, l'idea è quella di non creare confusione, ma di evitare, piuttosto, che coloro che devono effettuare controlli vadano di fatto a concorrere con i primi accessi per accaparrarsi la prima disponibilità. Nel primo accesso l'adeguatezza e la tempestività con cui il sistema sa rispondere diventa una variabile determinante per garantire un inquadramento clinico adeguato. Le agende dei controlli, invece, verranno gestite dagli specialisti con cadenza annuale a scorrimento giornaliero. È altresì vero che la prenotazione dello specialista in un sistema di questo tipo deve essere "a portata di *click*": il professionista non la deve vivere come un ulteriore aggravio burocratico, quasi non deve accorgersene<sup>15</sup>.

### **3. *Open Access*: presupposti organizzativi per un corretto funzionamento.**

Le considerazioni appena riportate ci permettono di individuare, sin da subito, due precondizioni necessarie per cui il meccanismo sia in grado di funzionare correttamente. La prima risiede nella capacità di esprimere, da parte dei medici di medicina generali (mmg), una domanda sanitaria che rappresenti per la totalità, o almeno per la gran parte, primi accessi, essendo i controlli gestiti direttamente dagli specialisti.

La seconda riguarda il senso di disciplina del servizio. È su questi due presupposti che nasce la logica di *Open Access*: un modello che non sia più *a misura* di professionista, ma piuttosto *a prova* di professionista, il cui funzionamento sia, cioè, garantito a prescindere dalle esigenze del

---

paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*). Quindi, le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile). Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021, pp. 4-5.

<sup>15</sup> Dai tentativi in fase di introduzione del modello *Open Access* a Pisa è stato calcolato un *timing* di circa 15 secondi come tempo occorrente allo specialista per accedere alle liste di prenotazione e fissare l'appuntamento per il controllo. La prenotazione del controllo, infatti, potrà essere fissata direttamente dal professionista o, altrimenti, attraverso i c.d. "CUP dipartimentali". Anche a livello logistico, infatti, il modello adottato rispecchia questa logica: i CUP centrali sono situati in prossimità delle entrate principali dei due P.O., mentre quelli dipartimentali sono dislocati tra i vari reparti: l'obiettivo di questa riorganizzazione è quello di raggiungere l'utenza e i professionisti in prossimità dell'accesso all'ospedale e del luogo di erogazione delle prestazioni, per fornirgli un supporto più facilmente identificabile e senza che sia necessario un continuo spostamento fisico all'interno del presidio ospedaliero, che oltre a non essere confortevole, tipicamente genera smarrimento e spreco di tempo. Per una spiegazione più dettagliata si veda *Academy of Health Care Management and Economics SDA Bocconi – Novartis, Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, cit., p. 52.





professionista. In altre parole, dal punto di vista organizzativo il sistema, infatti, sarà in grado di funzionare correttamente solo se dotato di un alto senso di disciplina. Il servizio deve rimanere sempre attivo: per questo è necessario individuare a monte i necessari meccanismi di supplenza. Gli antidoti, più o meno formali, al blocco devono essere anch'essi tempestivi ed efficaci. Pacchetti di ore aggiuntive riservate *ad hoc*, meccanismi di reperibilità informale e possibili "dirottamenti" temporanei sugli altri reparti sono tutte misure che possono risultare utili per far fronte a imprevisti e urgenze.

La terza preconditione sta nella capacità di circoscrivere adeguatamente un intervallo temporale e territoriale ben definito. Ciò è necessario per calibrare le relative agende in base ad una stima reale delle prestazioni necessarie all'interno di tale intervallo. L'esigenza di circoscrivere un ambito territoriale rende, dunque, possibile la stima dell'ampiezza del servizio. Non si può pensare, infatti, di applicare *Open Access* agli accessi provenienti in modo indiscriminato da ogni collocazione geografica, ma perché si possa stimare con ragionevole certezza l'ampiezza c'è bisogno di circoscrivere l'ambito territoriale di riferimento. Ciò è coerente anche con la linea di principio per cui le prestazioni di primo accesso devono essere garantite a livello zonale: se ogni territorio fosse in grado di farsi carico tempestivamente di tale tipologia di prestazioni, infatti, la mobilità rimarrebbe entro i confini fisiologici dell'alta specializzazione e gestirne i flussi sarebbe molto più semplice.

La ricetta elettronica, poi, rende il tutto più agevole: si tratta di capire per ciascuna prestazione quante richieste di primo accesso vengono avanzate dai medici di medicina generale o pediatri di libera scelta (pdl) nell'arco spazio-temporale definito. Una volta a conoscenza della natura della prestazione, della loro intensità e approssimativamente della durata media di erogazione è possibile stimare in modo ragionevole l'ampiezza del servizio che è necessario garantire per il buon funzionamento del sistema. Prendendo la prestazione X, possiamo dire che il relativo modello *Open Access* sarà in funzione del numero medio giornaliero ( $N$ ) (ricavabile dalle statistiche e dal quadro epidemiologico) e della sua durata media ( $D$ ), per cui  $Oa = f(N, D)$ . Supponiamo, semplificando, che i dati ci indichino una prescrizione di eco addome in primo accesso, all'interno di una determinata area di riferimento, di circa 20 unità giornaliere per una durata media che si aggira attorno ai 20 minuti. Per cui è facile ricavare un'ampiezza necessaria per un totale di 400 minuti. In base a tale ampiezza potrà essere strutturata l'offerta (tra i diversi erogatori). Una seduta di ecografia di sei ore significa 60 minuti per sei ore diviso la durata media della prestazione cioè 18 ecografie per seduta. Questo ci permetterà di trovare il giusto *mix* produttivo e ci sarà particolarmente utile

per smaltire il *backlog* in fase di avvio del sistema. Un concezione nuova, rispetto all'idea originale di misurare le liste in termini di attesa e non in termini di monte minuti disponibile, che, di fatto, permette di concentrarsi sulla fase di esecuzione<sup>16</sup>.

La logica del *just in time* diventa, quindi, la via per scardinare il metodo delle priorità nella ricetta che ha dimostrato nel corso di questi anni tutti i propri limiti<sup>17</sup>. L'urgenza, infatti, altro non era che un palliativo all'interno di un sistema, quello delle priorità, inadeguato (perché basato su una concezione di fabbrica non più aderente alla realtà). Un'impostazione di questo tipo non poteva che risultare fallimentare e così è stato. Anzi, spesso il dottore di medicina generale, piuttosto che il pediatra di libera scelta, si trovava in una situazione di soggezione rispetto all'insistenza del paziente di concedergli la priorità. Cospicché, se non gli fosse stata concessa, veniva letta quasi alla stregua di uno sgarbo personale. In più il paziente, distratto o anziano, dal momento che usciva dallo specialista senza prenotazione spesso poi si trovava a ridosso della data di controllo senza il necessario appuntamento, perciò correva in ambulatorio a farsi prescrivere l'urgenza dal medico affinché lo potesse effettuare nel tempo corretto, provocando così un inevitabile ingolfamento del sistema.

La quarta preconditione è il coinvolgimento di tutti gli erogatori pubblici e privati: nessun singolo erogatore, infatti, sarebbe mai capace di farsi carico da solo dell'intero onere complessivo. Ciò significa che la grande azienda pubblica non potrà accollarsi tutte le prestazioni (con i relativi rimborsi); un sistema che funzioni condivide in modo razionale obiettivi, responsabilità e carichi di lavoro. Anche qua è possibile una sorta di segmentazione dei flussi razionalizzando le prestazioni, ad esempio, secondo la provenienza<sup>18</sup>.

Infine, è necessario ravvisare un ultimo elemento cruciale nel successo dell'iniziativa: l'adeguatezza del sistema di monitoraggio. Gli indicatori desumibili dal sistema di monitoraggio devono essere in grado di ravvisare prontamente eventuali anomalie che potrebbero risiedere sia nella necessità di implementare l'offerta, sia, viceversa, nella sovrabbondanza di posti disponibili precludendo così al professionista ed alle strutture di poter essere utilmente utilizzati in altro modo. A tal proposito, la questione legata alla postergazione della prenotazione merita una necessaria precisazione: nonostante si tratti di un fenomeno reale, anche se desueto, gli eventuali posti disponibili dotano sì

---

<sup>16</sup> *Manuale operativo: Open Access e liste di attesa, tutto in tre giorni*, a cura di AOUP.

<sup>17</sup> Oltre ad essere un sistema per sua natura inefficiente può presentare anche profili corruttivi attraverso il metodo dei micropagamenti al medico di medicina generale per farsi concedere la priorità in ricetta.

<sup>18</sup> Ad esempio, sempre in merito all'eco addome, AOUP ha deciso di farsi carico dei primi accessi provenienti dai pazienti del circuito interno, affidando, così, a erogatori esterni tutto la domanda di primo accesso proveniente dai medici di medicina generale.



il sistema della necessaria flessibilità per far fronte anche alle postergazioni, ma almeno teoricamente non sono riservati al paziente con ricetta che non abbia ancora telefonato, quanto piuttosto a quelle richieste che devono ancora essere scritte dal medico di medicina generale. Colui che, invece, voglia prenotare oltre i giorni prestabiliti deve essere invitato a richiamare, con la stessa certezza però: dal momento in cui chiamerà riceverà la prestazione proprio entro il tetto di giorni massimo attraverso meccanismi di occupazione della lista preferibilmente sequenziali (per ottimizzare gli spazi disponibili e non lasciare intervalli vuoti). Se tutto questo è vero, allora potremmo dire che ogni volta che il sistema di monitoraggio ci dirà che c'è un posto libero, bene quella è la certezza che tutta la domanda espressa dalla popolazione di riferimento è stata soddisfatta pienamente (almeno teoricamente, dati gli aspetti marginali legati al predetto fenomeno della postergazione). La vera forza del modello *Open Access*, quindi, non risiede tanto nel meccanismo di funzionamento, già conosciuto ed utilizzato, quanto piuttosto nell'efficienza del sistema di monitoraggio con il *focus* che, in questo caso, trasla dalla prima disponibilità dei metodi tradizionali, all'ultima prenotazione disponibile. Un attento sistema di monitoraggio permette, dunque, di ravvisare prontamente eventuali anomalie e di porvi rimedio diventando così un fattore di successo cruciale per garantire il corretto funzionamento del sistema.

Come ogni progetto, anche *Open Access*, avrà bisogno di un'aurea di fiducia che si crei attorno e che gli permetta di decollare. Ma non riguarda i soli medici: è un meccanismo che coinvolge tecnici radiologi, infermieri, e persino il personale dei *call center*. Dovrà essere poi spiegato e compreso da tutti quanti, per questo diventa necessario prevedere appositi ed adeguati canali di divulgazione. Ecco allora che al novero dei soggetti si aggiungeranno anche i responsabili della comunicazione sul sito aziendale, la stampa e la televisione (seppur a livello locale).

Non mancano, però, una serie di fattori che possono mettere a repentaglio il regolare funzionamento del sistema. Premesso che il principio dell'appropriatezza delle cure rappresenta un filtro essenziale per le strutture sanitarie erogatrici, sarà pertanto necessario cercare di arginare il fenomeno dell'uso improprio degli esami diagnostici. L'utilizzo delle disponibilità per i controlli anziché per i primi accessi o, ancor peggio, la formulazione della domanda in primo accesso per meri scopi preventivi, o ancora reiterate diagnosi errate nell'individuazione del sintomo potrebbero creare un serio problema di governo della domanda e il sistema ne soffrirebbe.

#### **4. *Open Access*: un efficace strumento di prevenzione della corruzione.**

Le considerazioni fatte sin qui, sono in grado di farci cogliere il prezioso contributo di *Open Access* anche come strumento di contrasto alla corruzione. Se è vero, infatti, come abbiamo ricordato sin da

subito, che uno degli elementi qualificanti di un qualsiasi sistema pubblico è dato dal tempo che occorre ad un cittadino per ricevere la risposta ad una propria domanda, in sanità tutto ciò diventa una priorità. Per troppi anni è stato accettato il paradigma per cui la domanda è potenzialmente infinita e le risorse sempre limitate per cui è una battaglia persa in partenza. Le liste d'attesa, con i loro tempi spesso inaccettabili, mettono in discussione l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni<sup>19</sup>. In presenza di una domanda sempre più in crescita, a fronte di strutture e risorse ristrette, il cittadino, sempre più sovente, è orientato ad utilizzare meccanismi più o meno leciti per soddisfare il proprio bisogno di salute<sup>20</sup>.

Ma non solo tempi lunghissimi ed attese estenuanti, esiste spesso una difficoltà oggettiva ad ottenere la prestazione in prossimità del luogo di residenza. Con *Open Access* si tenta di ribaltare la prospettiva per cui siccome la prestazione è pubblica, allora i tempi sono dettati dal fornitore e non dal cittadino, perché una logica di questo tipo potrebbe portare a meccanismi subdoli per cui in realtà vi è un reale incentivo a tenere alta la soglia d'attesa. Esiste, infatti, una distonia tra le liste d'attesa pubbliche e quelle private che è necessario sanare al più presto. Nel sistema emiliano e toscano, ad esempio, seppur attraverso logiche e strumenti diversi, questa esigenza è stata recepita. La consapevolezza che una gestione virtuosa delle liste d'attesa passi, innanzitutto, da una distinzione netta tra primo accesso e controlli successivi è ormai un punto fermo e porta con sé una visione *customer oriented* che scoraggia l'utilizzo di pratiche illecite.

Addirittura, in Emilia Romagna è stata prevista la figura del Responsabile Unico Regionale per i tempi d'attesa che, con i relativi referenti aziendali, garantisce una gestione unitaria delle agende ed il corretto presidio dei tempi di attesa. Una figura di questo tipo, dotata di effettivi poteri di coordinamento e di un adeguato sistema di monitoraggio, permetterà alle Direzioni generali regionali di orientare risorse e professionisti laddove vi sia una reale necessità attraverso una gestione più flessibile e meno burocratica<sup>21</sup>. Non solo: l'organizzazione delle agende per specialità e non per singolo ambito permette la prenotazione diretta da parte della struttura della prestazione di secondo livello senza che il paziente debba ripassare dal CUP. Talvolta, la patologia richiede un approccio multidisciplinare e multi professionale, che deve essere garantito anche in questo caso dalla struttura stessa. Occorre creare, per queste fattispecie, dei veri e propri accessi guidati che non

---

<sup>19</sup> F. Gelli, *Curare tutti 10 sfide per il diritto alla salute*, a cura di V. Frulletti, Edizioni Clichy, 2017.

<sup>20</sup> Tipicamente si ravvisano due distinti schemi corruttivi. Nel primo la tangente è necessaria per scalare lungo la lista d'attesa, nel secondo, invece, non vi è alcun incentivo ad accorciare la lista d'attesa e la struttura pubblica viene così utilizzata per procacciare pazienti da indirizzare verso le strutture private.

<sup>21</sup> F. Gelli, *Curare tutti 10 sfide per il diritto alla salute*, cit.

spezzino la continuità di cura e che, soprattutto, non obblighino il paziente a ricorrere al CUP per tutte le implicazioni derivanti da una patologia principale. In questo senso è necessario costruire dei percorsi multi professionali che riescono a farsi carico del paziente in ogni fase del ciclo di cura, senza che, per la prestazione accessoria, sia dirottato su altre soluzioni.

Vale la pena, a tal proposito, sottolineare anche il fatto che *Open Access* non si pone in competizione con la libera professione: il paziente che vorrà ricevere la prestazione proprio da quel medico potrà continuare a farlo rivolgendosi agli stessi canali che aveva finora utilizzato. Di fatto, con *Open Access*, vi è la garanzia che la prestazione venga erogata, ma non certo da chi sarà erogata. Tuttavia, è chiaro che in tutte quelle situazioni dove l'elemento personale è secondario per il paziente, la prestazione viene garantita con la necessaria celerità e questo scoraggia il ricorso a scorciatoie di vario genere.

### **5. *Open Access*: il modello pisano.**

Tenendo conto delle considerazioni sin qui riportate, anche il sistema pisano di *Open Access*, si propone di scardinare il modello delle priorità in ricetta offrendo la possibilità ai *gatekeeper* di ottenere l'ingresso nel sistema entro tre giorni, ma non tanto per le priorità apposte in ricetta, quanto piuttosto per il solo fatto che si tratti di un primo accesso. Il paziente che si rivolge ad un CUP ha la certezza di ottenere la prestazione entro tre giorni dalla chiamata a partire dal giorno successivo alla stessa. La scelta di un arco temporale di tre giorni non risiede in ragioni cliniche, ma affonda le sue radici in due ordini di motivi: innanzitutto, a livello logistico su una lista di tre giorni sarà possibile gestire eventuali imprevisti in modo assai più agevole, inoltre con tre giorni sarà possibile garantire un adeguato meccanismo di *fine tuning* dell'ampiezza del servizio che, per sua natura, dovrà essere assai flessibile in modo da far fronte tempestivamente anche ad eventuali esigenze di aggiustamento o postergazioni nella prenotazione.

Il prototipo di riferimento per AOUP è stato l'eco addome. Una volta misurate le richieste di eco addome nell'area territoriale individuata e notando, sin da subito, che si tratta nel tempo di una richiesta pressoché costante, è stato piuttosto semplice pianificarne l'offerta per poi espanderla ad altre prestazioni specialistiche e diagnostiche. Pian piano le prestazioni erogate in *Open Access* da AOUP sono sempre più numerose e significative: partendo dalla visita cardiologica con ECG ed elettrocardiogramma fino alla tac del torace passando per le eco della mammella, dell'addome, della tiroide, osteoarticolare e muscolo scheletrica; senza dimenticare delle visite otorinolaringoiatriche, dermatologiche, neurologiche, oculistiche ed anche le ginecologiche.

## 6. Conclusioni.

È chiaro, a questo punto, quanto sia importante un corretto governo delle liste di attesa senza il quale la fruibilità e l'accessibilità delle prestazioni sanitarie e l'effettività del diritto alla salute resterebbero gravemente compromessi. L'accesso in tempi appropriati alle prestazioni, per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del servizio sanitario sia sul diritto dei cittadini all'erogazione dei servizi essenziali deve<sup>22</sup>, in sostanza, costituire oggetto di un impegno costante e forte da parte di tutti gli attori istituzionali e professionali inseriti nel sistema<sup>23</sup>, con la consapevolezza, tuttavia, che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma occorre porre in essere azioni complesse ed articolate. Azioni che, in altre parole, devono essere in grado di coniugare il diritto alle cure del cittadino con il governo della domanda il quale implica l'applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni.

La separazione tra i due canali (primo accesso e controlli) diventa, così, non solo una questione di appropriatezza, ma presenta importanti ricadute sulla gestione operativa<sup>24</sup>. La segmentazione dei flussi, la digitalizzazione dei processi di prenotazione, CUP sempre più integrati e "intelligenti" capaci di fornire risposte proattive e automatizzate saranno, tutte assieme, utili leve in grado di scrivere, nel prossimo ventennio, una nuova pagina nel governo della domanda e, auspicabilmente, nella gestione e nello snellimento dei tempi di attesa con la speranza che anche i fondi del PNRR vengano indirizzati per accrescere la capacità del sistema di rispondere tempestivamente ai bisogni di salute della popolazione.

*Open Access* ha suscitato alcune perplessità per le presunte discriminazioni che sarebbero scaturite dalla previsione di priorità di accesso ai cittadini residenti nell'area pisana. Da quanto sin qui emerso, tuttavia, è possibile affermare che la libertà di cura, riconosciuta e garantita dall'art. 32 della Cost., non è certo minacciata da tale modello organizzativo che, invece, fissa il requisito della residenza per

---

<sup>22</sup> M. De Angelis, *Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità*, (versione provvisoria), cit., p. 24.

<sup>23</sup> In *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, cit., p. 26 si sottolinea, a tal proposito, che la *leadership* aziendale senza strutture di controllo e monitoraggio sovra - aziendali, regionali o nazionali, non è di per sé sufficiente ad introdurre e mantenere nel tempo un sistema efficace di gestione e rendicontazione delle liste di attesa; viceversa modelli di monitoraggio regionale puntuali e dinamici difficilmente potranno produrre dei miglioramenti nella gestione delle liste di attesa in assenza di un'iniziativa aziendale e un coinvolgimento diffuso dei professionisti sanitari, degli *operations manager* e dei responsabili dei CUP (Tomassini, 2019).

<sup>24</sup> Academy of Health Care Management and Economics SDA Bocconi – Novartis, *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, cit., p. 89, 93-95.



mere ragioni tecniche ed è coerente con il principio per cui le prestazioni di primo accesso debbano essere garantite a livello zonale. Il rischio, piuttosto, è che l'utilità dello strumento svanisca laddove non venga collocato all'interno di una vera e propria strategia di sistema in cui tutti gli attori sono chiamati a garantire tale tempestività, quantomeno in ambito di primo accesso, proprio a livello zonale. Se, invece, come accaduto nel caso pisano, rimanesse isolata ad una sola realtà presterebbe facilmente il fianco a facili strumentalizzazioni politiche. In realtà, *Open Access* ha una matrice non ideologica in quanto mira a garantire l'accesso alle cure del SSN con tempestività limitando il ricorso alla sanità privata e scoraggiando illecite scorciatoie. Per questi motivi è, anzi, auspicabile che il modello trovi un'opportuna diffusione, proprio per evitare che sul territorio, regionale prima e nazionale poi, si determinino situazioni di forte squilibrio difficilmente giustificabili.

## BIBLIOGRAFIA

Academy of Health Care Management and Economics SDA Bocconi – Novartis, *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, Egea, Milano, 2022.

AOUP, *Manuale operativo: Open Access e liste di attesa, tutto in tre giorni*.

Balboni E., Campagna M., *Osservazioni sul Governo clinico anche come argine alla medicina difensiva*, in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola (a cura di), *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2010.

Bartoli R., *I costi "economico - penalistici" della medicina difensiva*, in Riv. it. med. legale, 2011, n. 4 - 5.

Cattò C., Nardella N., Capalbo M. e Ricci A., *La medicina difensiva*, in Riv. it. med. legale, n. 3, 2007.

Ciaschini M., Pretaroli R., Severini F., Soggi C., *Health services as a key sector for income and employment change*, in Bulletin of the Transylvania, Series VII: Social Sciences – Law, n. 3, 2010.

Collicelli C., Maietta F., Viola M., *La domanda di salute e la percezione della qualità dell'offerta*, in V. Atella (a cura di), *Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2012*, Franco Angeli, Milano, 2013.

Cordini G., *Crisi dello Stato sociale, sostenibilità ambientale e tutela della salute*, in L. P.T. Ronconi (a cura di), *Unione Europea e diritto alla tutela della salute: problematiche giuridiche*, Maggioli, Rimini, 2016.

De Angelis M., *Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità*, (versione provvisoria), disponibile *on line* in [www.aipda.it](http://www.aipda.it).

Gelli F., *Curare tutti 10 sfide per il diritto alla salute*, a cura di V. Frulletti, Edizioni Clichy, 2017.

Guerra G., *La 'medicina difensiva': fenomeno moderno dalle radici antiche*.

Monitor, *Medicina difensiva - Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione*, 2015 disponibile *on line* in [http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/15\\_medicina\\_difensiva.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/15_medicina_difensiva.pdf).

Piano Nazionale d Governo delle Liste d Attesa per il Triennio 2019-2021.

Quotidiano Sanità, *Tempi di attesa. "Si fa prima nel privato e costa anche meno"*, 19 Marzo 2018. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012 - 2013*, in [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&area=rssp](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=rssp).

Roiati A., *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale*, Giuffrè, Milano, 2012.

Saporiti R., *Ecco perché aumentare la spesa sanitaria allunga la vita*, in *Il Sole 24 ore*, 10.09.2017.

Tomasini C. R., *Liste di attesa in Sanità, La soluzione dell'Open Access*, Spazi, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2019.

Vandelli L., Foglietta F., Bottari C., *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli, Rimini, 2013.