



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA TOSCANA

LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELLA TOSCANA

2023



CORTE DEI CONTI



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA TOSCANA

LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELLA TOSCANA

2023



CORTE DEI CONTI

Magistrati istruttori ed estensori: Cons. Paolo Bertozzi, Ref. Anna Peta.

Supporto all'analisi economico-finanziaria e giuridica: dott.ssa Susanna Fornaciari, dott.ssa. Melania Catanzaro.

L'editing è stato curato dalla Sig.ra Michela Battistini.

Deliberazione n. 10/2023/VSG.....	I
1. Oggetto e finalità dell'indagine.....	1
2. Analisi di contesto: le liste di attesa e l'accesso alle prestazioni sanitarie.	4
2.1 Tempi di accesso alle prestazioni sanitarie ed effettività del diritto alla salute.	4
2.2 Le liste d'attesa: rilevanza e dimensioni del fenomeno.	6
2.3 Misure per la riduzione dei tempi di attesa. Il Piano nazionale per il governo delle liste di attesa (PNGLA 2019-2021)	10
2.4 Gestione delle liste di attesa e garanzia di accesso alle prestazioni sanitarie. Limiti dell'attuale sistema di rilevazione e monitoraggio. Il c.d. "blocco delle liste"	11
3. Il sistema di governo delle liste di attesa nel SSR toscano.	15
3.1 Il Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021.	15
3.1.1 Selezione della domanda	15
3.1.2 (segue): tempi massimi e ambiti territoriali di garanzia	17
3.1.3 Organizzazione dell'offerta: determinazione del fabbisogno e programmazione	18
3.1.4 CUP. Gestione delle prenotazioni.....	18
3.1.5 Gestione dei percorsi di tutela e divieto di sospensione delle prenotazioni. ...	19
3.1.6 Gestione delle agende ALPI	21
3.1.7 Monitoraggi	22
3.1.8 Sistema delle responsabilità.....	25
3.2 Il Centro unico di prenotazione (CUP): il progetto "CUP. 2.0"	26
3.3 Lo stato di attuazione del PRGLA al 2021.	28
3.3.1 Selezione della domanda	28
3.3.2 Organizzazione dell'offerta	28
3.3.3 CUP 2.0. Implementazione e organizzazione	29
3.3.4 (Segue): Gestione delle prenotazioni e dei percorsi di tutela	30
3.3.5 Gestione delle agende ALPI	33
3.3.6 Monitoraggi	34
3.3.7 Sistema di responsabilità	35
3.3.8 Criticità rilevate nell'attuazione del PRGLA.....	36
3.4 Le risorse pubbliche destinate al contenimento delle liste di attesa. L'impiego dei fondi statali.....	37

4.	Il fenomeno delle liste di attesa nella Regione Toscana nel periodo 2017-2021.....	44
4.1	Premessa	44
4.2	Domanda e offerta delle prestazioni ambulatoriali: un'analisi di contesto.....	46
4.3	Analisi dei tempi medi di attesa delle prestazioni sanitarie	55
4.4	L'indicatore dei tempi di attesa (TAT): un'analisi dei dati	58
4.5	Indice di cattura della domanda e livello di adeguatezza del sistema sanitario: prime evidenze sul fenomeno del blocco delle liste	61
4.6	Tempi di attesa e attività libero professionale intramuraria.....	67
4.7	Deficit di "governo" delle liste di attesa e obsolescenza delle apparecchiature sanitarie.	70
4.8	Il rischio di no-show.....	70
5.	La resilienza del sistema sanitario regionale allo <i>shock</i> pandemico da COVID-19	77
5.1	La legislazione di emergenza per il recupero delle liste di attesa. Il piano operativo regionale e l'impiego dei finanziamenti statali.....	77
5.2	Il grado di attuazione del Piano di recupero delle prestazioni	82
6.	Conclusione e raccomandazioni finali	86

Indice dei Grafici

Grafico 1 – Quota percentuale di pazienti in attesa per più di tre mesi	7
Grafico 2 – Tempi di attesa (giorni) – Strutture pubbliche – Dato nazionale (medie) 2014-2015-2017	9
Grafico 3 – Differenza tra prescrizioni e prenotazioni per prestazioni ambulatoriali.....	52

Indice delle Tabelle

Tabella 1 – Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (media nazionale)	9
Tabella 2 – Elenco delle prestazioni sottoposte a monitoraggio	22
Tabella 3 – Numero di agende prenotabili e numero di addetti per azienda al 31.12.2021.....	30
Tabella 4 – Cronoprogramma finanziamenti ex l. n. 145/2018.....	38
Tabella 5 – Entrate da finanziamenti ex art. 1, comma 510, l. n. 145/2018 (2019-2021).....	39
Tabella 6 – Spese su finanziamenti ex art. 1, comma 510, l. n. 145/2018 (2019-2021).....	41
Tabella 7 – Andamento delle prescrizioni per prestazioni sanitarie 2017-2021.....	47
Tabella 8 – Variazioni delle prescrizioni per prestazioni sanitarie 2017-2021	48
Tabella 9 – Incidenza delle prescrizioni per tipo di prestazione sul totale annuo (2017-2021).....	49
Tabella 10 – Prenotazioni di visite ambulatoriali 2017-2021.....	50
Tabella 11 – Variazioni delle prenotazioni per prestazioni sanitarie nel periodo 2017-2021	50
Tabella 12 – Incidenza delle prenotazioni per tipo di prestazione sul totale annuo (2017-2021)	51
Tabella 13 – Prescrizioni per struttura sanitaria: incidenza percentuale sul totale annuo 2017-2021	153

Tabella 14 – Prenotazioni per struttura sanitaria: incidenza percentuale sul totale annuo 2017-2021	53
Tabella 15 – Differenza tra prenotazioni e prescrizioni in rapporto alle prescrizioni dell'anno.....	54
Tabella 16 – Tempi medi ponderati delle prestazioni sanitarie e confronto con tempi massimi.....	56
Tabella 17 - Tempi medi ponderati delle prestazioni sanitarie per struttura sanitaria	57
Tabella 18 – Indicatore TAT per prestazione.....	58
Tabella 19 - Indicatore TAT per struttura sanitaria	61
Tabella 20 – Indicatore di cattura per prestazione ambulatoriale (2019-2021).....	63
Tabella 21 – Indicatore di cattura per struttura sanitaria (2019-2021).....	64
Tabella 22 – Confronto tra indicatore di cattura e indicatore TAT 2019-2021	66
Tabella 23 – Rapporto tra attività istituzionale e intramoenia: prestazioni oltre il limite.....	69
Tabella 24 – Casi di no-show e applicazione delle sanzioni per struttura territoriale.....	73
Tabella 25 – Ripartizione delle somme assegnate per il recupero delle prestazioni DGR 1225/2020	78
Tabella 26 – Ripartizione delle somme assegnate per il recupero delle prestazioni DGR 148/2022	80
Tabella 27 – Cronoprogramma recupero prestazioni ambulatoriali DGR 148/2022.....	81
Tabella 28 Recupero delle prestazioni ambulatoriali e impiego dei finanziamenti al 31 giugno 2022	85



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA TOSCANA

composta dai magistrati:

Maria Annunziata Rucireta	Presidente
Nicola Bontempo	Consigliere
Francesco Belsanti	Consigliere
Paolo Bertozzi	Consigliere (relatore)
Patrizia Impresa	Consigliere
Fabio Alpini	I Referendario
Rosaria Di Blasi	Referendario
Anna Peta	Referendario (relatore)

Nell'Adunanza pubblica del 12 gennaio 2023;

Visto l'art. 100, comma 2, della Costituzione;

Visto il T.U. delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con R.D. 12 luglio 1934, n. 1214, e successive modificazioni;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20, e successive modificazioni;

Visto il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il Regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, approvato con la deliberazione delle Sezioni Riunite della Corte dei conti del 16 giugno 2000 n. 14/2000 e successive modificazioni;

Vista la l. 14 gennaio 1994, n. 20, e, in particolare, l'art. 3, comma 4, ai sensi del quale la Corte dei conti svolge il controllo successivo sulla gestione, verificando la corrispondenza

dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge e valutando comparativamente costi, modi e tempi dello svolgimento dell'azione amministrativa;

Viste le deliberazioni della Sezione n. 4/2021/INPR e n. 67/2022/INPR, con le quali è stato approvato il programma di controllo per le annualità 2021 e 2022;

Viste le ordinanze n. 10/2021 e n. 29/2022 del Presidente della Sezione regionale di controllo per la Toscana di ripartizione tra i magistrati delle funzioni di controllo;

Viste le richieste istruttorie (*prot. n. 8070/2021 e n. 6170/2022*) e le note di risposta della Regione Toscana (*prot. n. 8679/2021, n. 8969/2021, n. 9261/2021, n. 687/2022, n. 775/2022, n. 776/2022, n. 780/2022, n. 781/2022, n. 789/2022 e n. 6959/2022*);

Visto lo schema di Referto "*La gestione delle liste di attesa nel servizio sanitario regionale della Toscana*", trasmesso in data 21/11/2022 al Presidente della Regione Toscana con nota del Presidente della Sezione regionale di controllo per la Toscana (*prot. n. 9171/2022*);

Tenuto conto delle note scritte depositate dalla Regione Toscana (*prot. n. 10135/2022*);

Vista l'ordinanza del 22/12/2022, n. 44 con la quale il Presidente della Sezione regionale di controllo per la Toscana ha convocato la Sezione per la data odierna;

Uditi i Relatori, Cons. Paolo Bertozzi e Ref. Anna Peta;

Uditi nell'Adunanza pubblica, per la Regione Toscana, il dott. Paolo Pantuliano, Direttore generale; il dott. Federico Gelli, Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale; la dott.ssa Carla Rizzuti, responsabile dell'Ufficio "Specialistica ambulatoriale, tempi di attesa e monitoraggio LEA".

DELIBERA

È approvato il Referto "*La gestione delle liste di attesa nel servizio sanitario regionale della Toscana*".

DISPONE

che la presente deliberazione e l'allegata relazione che ne costituisce parte integrante, sia trasmessa, a cura della segreteria della Sezione,

- al Presidente del Consiglio della Regione Toscana;
- al Presidente della Giunta della Regione Toscana;
- al Ministero della Sanità.

Così deciso in Firenze, nella Camera di consiglio del 12 gennaio 2023.

I Relatori
Paolo Bertozzi
(firmato digitalmente)

Il Presidente
Maria Annunziata Rucireta
(firmato digitalmente)

Anna Peta
(firmato digitalmente)

Depositata in Segreteria il 20 gennaio 2023.

Il funzionario preposto al Servizio di Supporto
Claudio Felli
(firmato digitalmente)

1. Oggetto e finalità dell'indagine.

L'effettività del diritto alla salute richiede la disponibilità di adeguate fonti di finanziamento e la corretta ed efficace erogazione delle prestazioni sanitarie¹. A tal fine, è di primaria importanza che l'accesso alle cure sia organizzato in modo da soddisfare l'intero (o quasi) fabbisogno, disincentivando la formazione di barriere all'ingresso del sistema sanitario.

Con la presente indagine questa Sezione intende riferire su una specifica tematica che attiene alla fase di accesso alle prestazioni sanitarie nella Regione Toscana, ossia la gestione delle liste di attesa, nell'intento di dare un'evidenza quantitativa del fenomeno, analizzare le politiche di governo adottate, intercettare eventuali criticità di funzionamento del sistema e formulare alcune raccomandazioni finali (cfr. deliberazioni n. 4/2021/INPR e n. 67/2022/INPR).

Il perimetro di analisi è stato circoscritto al sistema di accesso alle prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e accertamenti diagnostici) c.d. monitorate, erogate nell'ambito dell'offerta sanitaria della Regione Toscana, nell'arco temporale dal 1° gennaio 2017 al 31 dicembre 2021. Il periodo di osservazione è annuale.

Nell'intento di garantire un'omogeneità di analisi dei dati e delle politiche pubbliche adottate sono state considerate le sole prestazioni presenti in entrambi i piani regionali di governo delle liste di attesa (d'ora, in poi, anche PRGLA) 2010-2012 e 2019-2021.

L'efficiente ed efficace attuazione delle politiche di governo del fenomeno delle liste di attesa richiede l'adozione di appropriati presidi organizzativi di prenotazione improntati ai principi di trasparenza e pubblicità dell'agenda nonché ai criteri di flessibilità; ciò, da un lato, al fine di contenere il rischio di sottoutilizzazione della potenzialità erogativa delle strutture di assistenza e, dall'altro, per massimizzare la capacità delle stesse ad assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità. Parimenti, sarebbe necessario dotarsi di adeguate strutture di controllo tese a rilevare tempestivamente eventuali "anomalie" e a vagliare, soprattutto, il corretto funzionamento dell'intero sistema di accesso alle cure mediante l'inserimento nella "lista".

In questa cornice, l'indagine si è posta l'obiettivo di verificare: i) il corretto, efficiente ed efficace impiego dei finanziamenti statali e regionali stanziati per fronteggiare il fenomeno delle liste di attesa nel periodo 2017-2021; ii) la *performance* complessiva del sistema regionale, raffrontando gli

¹ Cfr. Corte costituzionale sentenza n. 142/2021.

obiettivi di *policy* - definiti nei PRGLA 2010-2012 e 2019-2021 - con i risultati effettivamente conseguiti.

Con riguardo a questi profili, il controllo gestionale svolto dalla Sezione ha inteso accertare sia lo stato di attuazione del PRGLA sia fornire evidenze sulla dinamica della domanda e dell'offerta sanitaria nella Regione e sulla reale capacità del sistema sanitario di garantire l'effettività del diritto alla salute.

L'istruttoria ha verificato tali aspetti anche con riguardo alle azioni poste in essere e all'eventuale fenomeno delle c.d. "liste bloccate" nonché agli esiti dei controlli effettuati da parte dei competenti organi, statali e regionali.

Le analisi condotte hanno dovuto tenere in considerazione l'impatto della diffusione della pandemia da Covid-19 sulla sostenibilità dell'offerta sanitaria, con conseguente esigenza di riorganizzazione di quest'ultima a causa delle limitazioni degli accessi alle strutture ospedaliere e sanitarie. Nell'intento dichiarato di rafforzare il processo di riassorbimento delle prestazioni ambulatoriali (oltre ai ricoveri ospedalieri e screening) rimasti inevasi, l'art. 29 del d.l. n. 104/2020 (c.d. decreto agosto) e l'art. 26 del d.l. n. 73/2021 (c.d. decreto Sostegni-bis) hanno individuato diverse misure - finanziarie ed organizzative - per recuperare i ritardi accumulati nell'attività ospedaliera e ambulatoriale nei mesi più critici della crisi sanitaria. In questo contesto, il controllo svolto dalla Sezione ha inteso altresì verificare la resilienza del sistema di gestione delle liste di attesa della Regione Toscana allo *shock* esterno, avendo particolare riguardo al corretto ed efficiente impiego delle risorse assegnate alla Regione e alle relative azioni intraprese nell'ambito del ventaglio di misure straordinarie messe a disposizione dai citati decreti.

Al riguardo, è stata svolta una complessa istruttoria (*prot.* n. 8070 del 20/10/2021 e n. 6170 del 22/07/2022); la Regione Toscana ha parzialmente reso i chiarimenti e i dati richiesti, producendo altresì sintetiche memorie e la relativa documentazione di supporto (*prot.* n. 8679 del 18/11/2021; n. 8969 del 30/11/2021; n. 9261 del 21/12/2021; n. 687 del 27/01/2022; nn. 775, 776, 780, 781 e 789 del 31/01/2022; n. 6959 dell'08/09/2022).

Nel corso dell'indagine è stato ampiamente garantito il contraddittorio allo scopo di acquisire, attraverso puntuali interlocuzioni, ogni elemento utile alla definizione degli esiti. In questa prospettiva, lo schema di referto - prima dell'approvazione definitiva da parte del Collegio - è stato trasmesso alla Regione, concedendo termine per il deposito di eventuali controdeduzioni. Con nota del 16 dicembre 2022 (*prot.* n. 10135), l'Amministrazione regionale ha prodotto una nota conclusiva, fornendo sintetiche precisazioni in merito alle criticità rilevate da questa Sezione (v. *infra* par. 6

“conclusioni”, tavola sinottica). Tali controdeduzioni sono state ulteriormente confermate nel corso dell’Adunanza pubblica.

Gli esiti dell’indagine svolta e le raccomandazioni finali esposti nella presente relazione si basano, pertanto, sull’analisi dei documenti e dei dati forniti in sede istruttoria dalla Regione Toscana.

2. Analisi di contesto: le liste di attesa e l'accesso alle prestazioni sanitarie.

2.1 Tempi di accesso alle prestazioni sanitarie ed effettività del diritto alla salute.

Il sistema italiano di tutela della salute si sviluppa su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA².

La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze, al fine di realizzare una gestione del sistema sanitario efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio³.

Nell'ambito dell'organizzazione, a livello regionale, dell'offerta sanitaria, la gestione delle liste di attesa costituisce indubbiamente uno degli aspetti più critici di un sistema sanitario, quale quello italiano organizzato su base universalistica e istituzionalmente deputato a rispondere alla domanda di prestazioni mediche da parte dei cittadini in condizioni di parità di accesso e in tempi compatibili con le esigenze di cura richieste dalle specifiche condizioni di salute di ognuno di essi. L'esistenza delle liste di attesa rappresenta in questo contesto l'eccesso di domanda sull'offerta dei servizi che il sistema può assicurare in uno specifico intervallo temporale. I pazienti in numero superiore rispetto a quelli che l'offerta pubblica può soddisfare immediatamente sono infatti aggiunti alle liste e posti in attesa di una prestazione che dovrebbe comunque essere garantita entro tempi congrui.

L'accesso alle visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri ospedalieri dettati e regolati dalle liste di attesa esprime in questo senso un primo e importante indice di efficienza del Servizio sanitario nazionale e fornisce, al contempo, la misura del livello di effettività del diritto alla salute che la Costituzione riconosce direttamente a ciascun individuo.

² Cfr. Corte costituzionale sentenza n. 142/2021.

³ Cfr. Corte costituzionale sentenza n. 62/2020.

Ritardi nella diagnosi o nella cura di una patologia determinati da una attesa eccessiva rischiano di compromettere, anche in maniera radicale, la salute del paziente cui dovrebbe essere comunque garantita l'assistenza sanitaria in base a criteri di efficienza, efficacia e appropriatezza.

Non è un caso quindi che la riduzione dei tempi di attesa sia considerata una componente imprescindibile ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA e che ad essa siano stati e continuino ad essere indirizzati numerosi interventi normativi e altrettanti sforzi organizzativi sostenuti da rilevanti investimenti pubblici.

Le prestazioni comprese nei LEA, essendo funzionali alla realizzazione del diritto alla salute, debbono essere adeguate alle specifiche esigenze di quanti le richiedono non solo sotto il profilo quantitativo (sufficienza) e qualitativo (appropriatezza), ma anche sotto il profilo "temporale", garantendone l'erogazione con la tempestività richiesta dal quadro diagnostico prospettato in fase di prescrizione⁴.

Nondimeno, l'eccessiva durata dei tempi delle liste di attesa rimane un fenomeno che, nonostante le numerose iniziative adottate per contenerlo, continua a contraddistinguere, sia pure in modo differenziato da regione a regione, l'intero Servizio sanitario nazionale, generando nei cittadini-pazienti una generale e diffusa insoddisfazione sulla capacità del sistema pubblico di rispondere in maniera pronta ed adeguata alle richieste, inducendo un numero sempre maggiore di essi a rivolgersi alla "sanità privata" con oneri a proprio carico⁵.

La difficoltà di assicurare una adeguata e tempestiva accessibilità alle prestazioni rappresenta, del resto, una caratteristica comune di tutti i sistemi sanitari pubblici informati al principio universalistico dove le liste di attesa fungono da strumento di razionalizzazione e al contempo di "razionamento" implicito degli accessi a servizi a copertura potenzialmente universale.

Pertanto, richieste di prestazioni sanitarie inutili o non appropriate, sul lato della domanda, e disfunzioni organizzative che limitano le prestazioni disponibili sul lato dell'offerta, possono

⁴ Con il DPCM del 16 aprile 2002 i livelli essenziali di assistenza sanitaria, già definiti dal DPCM del 29 novembre 2001, sono stati integrati con le *"Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa"* (all. 5), dando atto della *"necessità di adottare ulteriori misure per garantire l'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ed in particolare di quelle ritenute urgenti, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza individuati"*. Da ultimo, i livelli essenziali di assistenza sono stati aggiornati con il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, integralmente sostitutivo del D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e di numerosi altri provvedimenti attualmente in vigore. Con l'aggiornamento dei LEA, è stato ritenuto inoltre necessario adeguare il sistema di garanzie per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 9 del d. lgs. n. 56/2000 per la verifica dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata, mediante il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 per il monitoraggio dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa, clinica e di sicurezza delle cure.

⁵ Cfr. Intesa SANPAOLO RBM Salute, CENSIS (2022), *IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata*, disponibile su <<https://www.sanitainformazione.it>>, ove è precisato che nel 2019 19,8 milioni di cittadini (pari al 28 per cento), avuta notizia di tempi d'attesa eccessivi o trovate le liste chiuse, hanno scelto di effettuare le prestazioni a pagamento presso strutture private o intramoenia.

comportare l'allungamento delle liste e la dilatazione dei tempi di attesa oltre i limiti "fisiologici" rendendoli del tutto inadeguati rispetto alle esigenze di cura, se non addirittura precludere, di fatto, lo stesso accesso al Servizio sanitario a dispetto della garanzia costituzionale.

In coerenza con gli studi teorici condotti sull'argomento, i rimedi approntati per ridurre i tempi di attesa e recuperare l'efficienza dei sistemi sanitari pubblici, agiscono di regola su entrambi i fronti sopra descritti attraverso il contestuale impiego di strumenti di selezione della domanda e di organizzazione dell'offerta.

Prima di passare in rassegna le principali iniziative adottate in materia sia a livello nazionale che a livello regionale con riferimento al Servizio sanitario regionale Toscana, appare opportuno fornire una generale descrizione della dimensione e della rilevanza delle problematiche legate alle liste di attesa in Italia e in alcuni paesi OCSE.

2.2 Le liste d'attesa: rilevanza e dimensioni del fenomeno.

Nelle analisi svolte in ambito internazionale⁶ è emerso come il fenomeno delle liste di attesa costituisca una problematica rilevante in un ampio ventaglio di stati, indipendentemente dalle concrete modalità organizzative del sistema sanitario. La percezione del problema, infatti, è presente anche in realtà nazionali che non sposano un approccio universalistico.

Le medesime indagini mettono in luce come, nei paesi dell'area OCSE, il tema delle liste d'attesa rivesta una veste critica ad intensità variabile, in ragione del tipo di prestazione sanitaria preso in considerazione. In prevalenza, esso assume rilievo con riguardo ai trattamenti programmati, alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici, mentre risulta attenuato nelle fattispecie caratterizzate da maggiore urgenza o nelle patologie più gravi.

La descrizione quantitativa del fenomeno delle liste e dei tempi d'attesa in chiave comparata tra realtà nazionali è un'attività resa complessa dalla difficoltà di reperire dati statistici rilevati in modo omogeneo; diversità profonde possono riscontrarsi nelle modalità con cui i sistemi sanitari

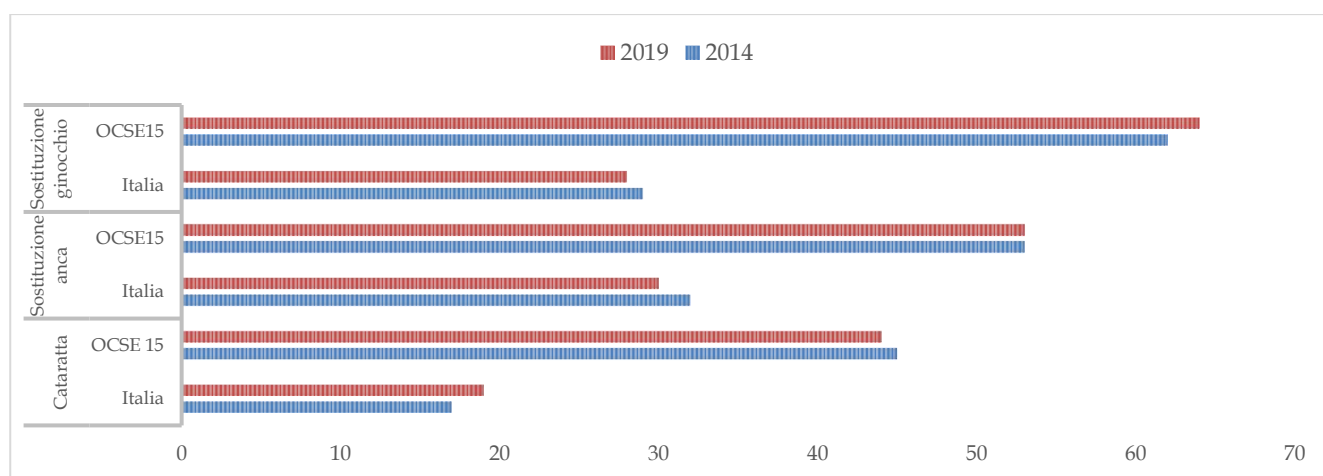
⁶ OECD (2020), *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>.

nazionali determinano i tempi di attesa, quanto ad aggregato di riferimento⁷, ad intervallo temporale utilizzato⁸ e a indicatori di rappresentazione⁹.

Sono tuttavia disponibili alcuni studi¹⁰ (OCSE, 2021) che, prendendo in considerazione specifiche tipologie di interventi chirurgici non caratterizzati da emergenza e, quindi, programmabili (quali le operazioni alla cataratta, la protesi dell'anca e quella del ginocchio), restituiscono un quadro, seppur parziale, del fenomeno delle liste d'attesa in chiave comparata.

Tali indagini - ancorché riferite all'ambito dei ricoveri ospedalieri di chirurgia, che non è direttamente interessato dalla presente indagine - evidenziano una situazione favorevole dell'Italia rispetto agli altri paesi OCSE oggetto di studio, con riguardo a tutte le tre tipologie di intervento chirurgico. Infatti, in entrambe le annualità scrutinate, la quota di pazienti rimasti in lista per più di tre mesi si è attestata su livelli nettamente inferiori alla media; detta quota, infatti, è stata sempre inferiore al 30 per cento e, per l'intervento sulla cataratta, non ha superato la soglia del 20 per cento. Inoltre, nel confronto intertemporale, la situazione dei tempi di attesa italiani è migliorata per due interventi su tre.

Grafico 1 – Quota percentuale di pazienti in attesa per più di tre mesi



Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati OCSE (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

⁷ La letteratura sul tema individua due principali approcci di misurazione dei tempi d'attesa in ragione della popolazione presa a riferimento. Un primo modello prende in considerazione l'aggregato dei pazienti che hanno ricevuto la prestazione sanitaria in un determinato intervallo temporale. Esso si basa su una prospettiva *backward looking* ed è volto a catturare la durata complessiva del percorso del paziente che abbia ricevuto il trattamento. Il secondo modello, invece, considera l'insieme dei pazienti che risultano in lista ad un determinato momento storico. Esso, quindi, si muove in una prospettiva futura, focalizzando l'attenzione sui soggetti che ancora dovranno accedere alla prestazione sanitaria attesa.

⁸ In alcuni sistemi i tempi di attesa sono definiti in termini di giorni intercorsi tra il consulto medico di base e quello dello specialista (c.d. tempo di attesa "*outpatient*"), in altri si parte dalla decisione dello specialista di inserire il paziente in lista per il trattamento (c.d. "*inpatient*"), in altri ancora si utilizza un intervallo temporale complessivo dal consulto iniziale al trattamento (c.d. "*overall referral-to-treatment*").

⁹ L'indicatore utilizzato per restituire il tempo di attesa di una distribuzione può essere: il tempo medio di attesa, il tempo mediano di attesa ovvero il tempo di attesa misurato ad un determinato percentile della distribuzione.

¹⁰ OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Più ampia è, invece, la letteratura economica che si è occupata di studiare gli effetti prodotti dalle lungaggini dei tempi di attesa sulla popolazione di riferimento oppure le politiche pubbliche volte a limitare il fenomeno.

Sotto il primo profilo, è stato messo in luce come la problematica delle liste di attesa si traduca nella percezione di insoddisfazione circa la capacità del sistema sanitario di offrire le cure mediche richieste, nell'incremento delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie, nonché nel peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti sia prima sia dopo l'intervento.

Quanto al tema delle politiche pubbliche, le *best practices* sviluppate in ambito internazionale¹¹ suggeriscono un *mix* di interventi che agisca sia sul lato dell'offerta che su quello della domanda. In merito al primo, l'iniziativa principale è rappresentata dalla fissazione di tempi massimi di attesa per prestazione, con l'obiettivo di aumentare il livello di responsabilizzazione delle strutture che erogano le prestazioni sanitarie e la capacità di selezione da parte dei pazienti di quelle più efficienti. A ciò devono accompagnarsi interventi di potenziamento delle risorse (umane e tecnologiche) e di incremento della produttività.

Sul fronte della domanda, le azioni migliorative dovrebbero essere indirizzate a prioritizzare adeguatamente i pazienti sulla base delle effettive esigenze, garantendo minori attese ai casi più urgenti, nonché a ridurre i casi di prescrizione di visite ed esami non necessari, che determinano una distorsione nelle dimensioni delle liste d'attesa.

In ambito nazionale, trovano conferma le riflessioni sviluppate a livello internazionale. Il fenomeno degli eccessivi tempi di attesa rappresenta l'elemento del SSN che viene percepito dall'utenza come di maggiore insoddisfazione¹²; ciononostante, la valutazione complessiva delle relative dimensioni quantitative si scontra con i medesimi ostacoli di reperimento di dati statistici omogenei, riscontrati nelle indagini a livello internazionale.

Sul punto, recenti studi¹³ hanno sottolineato come il grado di trasparenza garantito dalle Regioni italiane in tema di tempi di attesa non sia omogeneo. Alla data dell'indagine, infatti, solamente tre

¹¹ Cfr. OECD (2020), *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>.

¹² Cfr. Centro per la ricerca economica applicata in sanità s.r.l. (2021), *17° Rapporto sanità. Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione*, Roma, disponibile su <https://www.creasanita.it/17volume_22dwn/Libro_completo.pdf>. Più in dettaglio, secondo l'analisi del Centro per la ricerca economica applicata in sanità s.r.l. (d'ora in poi, anche, C.R.E.A. Sanità), il 38,9 per cento dell'utenza intervistata considera come *punctum dolens* del SSN la necessità di attendere troppi giorni per avere un appuntamento; a ciò si accompagna anche la difficoltà di prenotare telefonicamente gli appuntamenti (35,6 per cento) e la distanza eccessiva della sede di erogazione della prestazione (19 per cento). La criticità dei tempi d'attesa è particolarmente sentita nelle fasce di popolazione di maggiore età (sopra a 45 anni) e con titolo di studio inferiore, nonché nelle realtà urbane di maggiore dimensione.

¹³ Cfr. Fondazione GIMBE (2019), *Tempi di attesa: trasparenza di Regioni e Aziende sanitarie*, Bologna, disponibile su <www.gimbe.org/liste-attesa>.

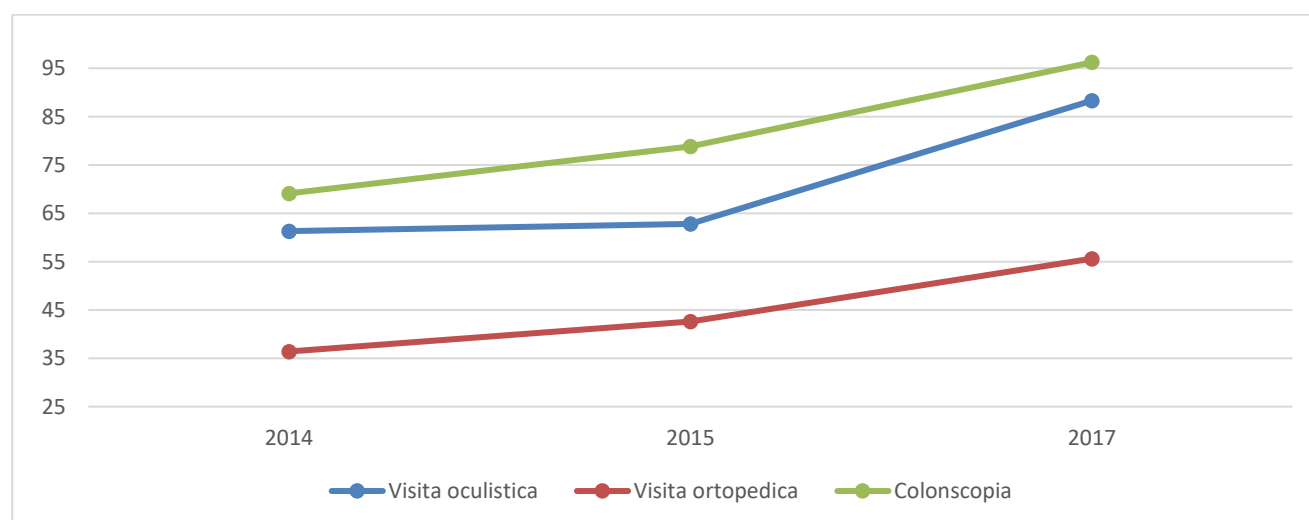
Regioni, tra le quali figurava la Toscana, disponevano di un portale interattivo funzionale a rendere nota la *performance* regionale sul rispetto dei tempi massimi previsti per le prestazioni sanitarie. Sono, tuttavia, disponibili alcune ricostruzioni¹⁴ che contengono stime delle medie nazionali dei tempi di attesa per alcune prestazioni ambulatoriali, basate sui dati raccolti presso quattro Regioni rappresentative. I risultati dello studio (tabella 1) evidenziano come, alla data della rilevazione, solamente una prestazione risultasse garantita nello spazio di trenta giorni e come i tempi di attesa del servizio pubblico fossero significativamente più elevati delle altre modalità di erogazione dei servizi sanitari. La stessa indagine mostra come, rispetto ai precedenti due cicli di rilevazione (2014 e 2015), la *performance* del settore pubblico, in termini di velocità di effettuazione delle prestazioni, abbia subito un peggioramento (cfr. grafico 2).

Tabella 1 – Tempi di attesa (giorni) per prestazione e regime di offerta (media nazionale)

	Pubblico	Intra-moenia	Privato conven.	Privato solventi
Visita oculistica	88,3	6,7	52,2	6,3
Visita ortopedica	55,6	6,1	27,0	6,0
Rx articolare	22,6	4,4	8,6	3,3
Spirometria	43,9	4,6	12,8	5,2
Ecocardiografia	70,3	5,2	22,6	5,9
Ecodoppler venoso arti inf.	73,9	5,1	19,2	6,0
Eco tiroide	57,6	4,9	15,5	5,5
Colonscopia	96,2	6,7	46,5	10,2
Gastroscolopia	88,9	6,3	42,3	10,2
Elettromiografia	62,2	5,0	20,9	6,2
Coronarografia	47,0	9,0	90,0	13,0

Fonte: C.R.E.A. Sanità (2017), Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali. I Report. Il periodo di osservazione è limitato al 2017.

Grafico 2 – Tempi di attesa (giorni) – Strutture pubbliche – Dato nazionale (medie) 2014-2015-2017



Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati C.R.E.A. Sanità (2017) "Indagine C.R.E.A. Sanità 2017, CENSIS vari anni."

¹⁴ Cfr. Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità s.r.l. (2017), Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali. I Report, Roma, disponibile su <<https://www.creasanita.it/index.php/it/>>

2.3 Misure per la riduzione dei tempi di attesa. Il Piano nazionale per il governo delle liste di attesa (PNGLA 2019-2021)

Negli ultimi anni sono state adottate in Italia diverse iniziative per ridurre le liste di attesa e contenere i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

Ad una regolamentazione piuttosto frammentata, rappresentata da singole e isolate disposizioni varate nell'ambito di più ampie misure di razionalizzazione della spesa sanitaria¹⁵, ha fatto seguito una trattazione più organica della materia. Nelle Intese siglate in sede di Conferenza Stato-Regioni¹⁶, quest'ultima è divenuta, infatti, oggetto di una disciplina specifica, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli di governo del Servizio sanitario nel monitoraggio e nella quantificazione del fenomeno delle liste di attesa.

In seno a queste intese è scaturito il *"Piano nazionale di governo delle liste di attesa"* (d'ora in poi, anche, PNGLA) destinato ad essere recepito da ciascuna regione nel *"Piano regionale di governo delle liste di attesa"* (d'ora in poi, anche, PRGLA) nonché nei *"Piani attuativi aziendali"*, elaborati dalle singole aziende e strutture sanitarie.

Approvato con l'Intesa del 21 febbraio 2019, il PNGLA 2019-2021, che ha sostituito e integrato il precedente PNGLA 2010-2012, costituisce attualmente il principale strumento diretto a regolare in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale l'accesso alle prestazioni sanitarie.

La finalità espressamente dichiarata dal Piano nazionale è quella di garantire il rispetto da parte delle regioni che gestiscono i Servizi sanitari dei tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie (visite specialistiche, esami diagnostici e ricoveri) previsti dallo stesso Piano. A tal fine, è richiesta alle regioni l'adozione di misure destinate ad incidere sia sulla domanda (ossia, sulle modalità di prescrizione delle prestazioni) sia sull'offerta (ossia, sulla fornitura di un numero di prestazioni in grado di coprire il fabbisogno), nonché sulla gestione delle procedure di prenotazione che definiscono il momento dell'incontro della domanda con l'offerta disponibile, proponendo al richiedente una data per l'esecuzione della prestazione entro i tempi massimi predefiniti.

¹⁵ Cfr. art. 3, comma 8, legge 23 dicembre 1994, n. 724; art. 52, comma 4, legge 27 dicembre 2002, n. 289 (i.e., legge finanziaria per il 2003); art. 1, commi 280-284, legge 23 dicembre 2005, n. 286 (i.e., legge finanziaria per il 2006); art. 3, commi 10-15, decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124; art. 50, decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

¹⁶ Sul punto, appare utile, tra gli altri, richiamare: l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 14 febbraio 2002 sulle *"modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa"*; l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 sul *"Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008"*; l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul *"Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012"*.

Ai sistemi di prenotazione è demandata anche la predisposizione di specifici “percorsi di tutela” per la presa in carico delle richieste per le quali il Servizio sanitario non sia in grado, in quel momento, di offrire la prestazione nei tempi garantiti, senza che ciò comporti alcuna sospensione o interruzione dell’attività di prenotazione (c.d. “blocco delle liste”) che rimane vietata dalla legge. Lo stesso Piano prevede infine un sistema di monitoraggio su una serie predefinita di prestazioni, identiche per tutte le regioni, diretto a riscontrare per ciascuna di esse l’effettivo rispetto dei tempi massimi di attesa.

Le rilevazioni fornite da questi monitoraggi sono comprese fra gli indicatori utilizzati dal Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA da parte dei singoli Servizi sanitari regionali, come previsto dal decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019¹⁷, il cui esito positivo dà accesso, tra l’altro, alla quota premiale del Fondo sanitario nazionale.

2.4 Gestione delle liste di attesa e garanzia di accesso alle prestazioni sanitarie. Limiti dell’attuale sistema di rilevazione e monitoraggio. Il c.d. “blocco delle liste”.

I principali contenuti del PNGLA saranno presi in esame più dettagliatamente nel prossimo capitolo dedicato all’analisi del Piano regionale di governo delle liste di attesa e alla verifica dello stato di attuazione dello stesso.

Tuttavia, appare opportuno osservare fin d’ora che la “garanzia” dei tempi massimi di attesa implichi, a monte, che i metodi di rilevazione e di monitoraggio impiegati siano in grado di catturare l’intera domanda o, comunque, di quantificarla con un livello molto prossimo al dato reale. Pertanto, è di fondamentale importanza che il mancato perfezionamento della prenotazione dovuto a indisponibilità di date in agenda, così come quello imputabile a scelte anche personali

¹⁷ Il decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019, adottato di concerto con il Ministero dell’Economia e delle finanze, reca disposizioni sul “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria” (G.U.R.I. 14 giugno 2019, n. 138).

Il Nuovo Sistema di Garanzia (d’ora in poi, anche, NSG) è uno “strumento” di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell’attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni, comprese quelle a Statuto speciale, e le Province autonome di Trento e Bolzano. Esso ha la finalità prioritaria di mettere in relazione i livelli essenziali di assistenza, effettivamente assicurati dalle predette amministrazioni nei rispettivi territori, con le dimensioni da monitorare, quali: i) l’efficienza e l’appropriatezza organizzativa; ii) l’efficacia e l’appropriatezza clinica; iii) la sicurezza delle cure. Il NSG si compone di 88 indicatori (16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l’assistenza distrettuale; 24 per l’assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 indicatore di equità sociale; 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali).

Nell’ambito dell’indicatore “assistenza distrettuale”, appare utile richiamare in particolare l’indicatore D10Z “Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B” e l’indicatore D11Z “Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D”.

dell'utente¹⁸ o a causa di forza maggiore¹⁹ sia prontamente “registrato” nel sistema di monitoraggio di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Deficit nella rilevazione della fase di prenotazione comportano, nell'immediato, una sottostima della domanda, con effetti pregiudizievoli nella conseguenziale programmazione dell'offerta in ragione del reale fabbisogno.

Tale prospettiva non appare diffusamente attenzionata dal PNGLA; quest'ultimo, invece, demanda ai PRGLA la definizione e l'applicazione di “percorsi di tutela” ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente”.

Diversamente dalle problematiche suesposte, tale inciso sembrerebbe riferirsi ad una quota di domanda “nota” al sistema sanitario, ma che potrebbe non essere soddisfatta entro i termini massimi stabiliti; da qui, la possibilità di accedere ai meccanismi di tutela, individuati in sede di PRGLA, per garantirne comunque l'erogazione.

Ciò posto, ogniquale volta le prestazioni sanitarie richieste siano “rifiutate” per indisponibilità delle agende senza una presa “in carico” da parte del Servizio sanitario sembrerebbe determinarsi, di fatto, una preclusione all'accesso alla prenotazione in violazione dell'attuale assetto normativo; in altri termini, viene ad esistenza un fenomeno (i.e., blocco delle liste) ancor più grave che, da un lato, non garantisce i tempi di attesa, e, dall'altro, preclude ai consociati l'accesso al Servizio sanitario.

¹⁸ Ad esempio, rinuncia dell'utente ad effettuare la prestazione sanitaria prenotata.

¹⁹ Ad esempio, indisponibilità a erogare la prestazione sanitaria dovuta a guasti o mal funzionamenti dei macchinari di diagnostica.

L'impossibilità di procedere alla prenotazione per "indisponibilità" delle agende è un fenomeno molto diffuso, oggetto di frequenti segnalazioni da parte dei cittadini²⁰ e riscontrato, tendenzialmente in tutte le regioni, nell'ambito di ricerche condotte sul comparto sanitario²¹.

La "non emersione" del fenomeno, in primo luogo, restituisce un giudizio in termini di potenziale inadeguatezza dei sistemi di monitoraggio dei flussi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie nonché di governo delle liste di attesa; difatti, i dati sul rispetto dei tempi massimi possono essere influenzati da una dinamica della domanda sottodimensionata e, pertanto, devono essere interpretati con estrema cautela.

In questo contesto, un indicatore indiretto delle richieste di prenotazione "rifiutate" o comunque non prese in carico dal sistema può essere fornito dal rapporto tra il numero delle prescrizioni di visite emesse in un determinato periodo e il numero delle prenotazioni prese in carico dal Servizio sanitario nel medesimo periodo.

Il riferimento è, in particolare, al c.d. "indice di cattura" che - al netto di un tasso di dispersione per così dire "fisiologico" delle prescrizioni non seguite da effettive richieste di prenotazione - può restituire la dimensione della capacità del Servizio sanitario di garantire l'accesso alle prestazioni a tutti i richiedenti in tempi congrui. Più in dettaglio, se una determinata prestazione, pur registrando nel monitoraggio periodico tempi di attesa inferiori ai massimi garantiti, presenti un indice di cattura percentualmente molto basso si può verosimilmente dedurre che la possibilità di prenotazione e inserimento nella lista di attesa non sia stata fornita a tutti i potenziali utenti: la domanda, in questo caso, sarebbe espressione delle sole richieste prenotate e non anche di quelle

²⁰ Nell'ambito dei rapporti annuali, Cittadinanzattiva dedica particolare attenzione alle tipologie di segnalazioni effettuate dai cittadini in merito alle problematiche di accesso alle prestazioni sanitarie; negli ultimi rapporti particolare attenzione è data al fenomeno del "blocco delle liste". Sul punto, da ultimo, cfr. Cittadinanzattiva (2022), *Rapporto civico sulla salute 2022. I diritti dei cittadini e il federalismo sanitario*, disponibile su <<<https://www.cittadinanzattiva.it>>>. In quest'ultima edizione è precisato "Di fatto nel 2021 le segnalazioni sulle liste d'attesa si concentrano tutte sui tempi d'attesa troppo lunghi o l'impossibilità di prenotare o riprogrammare le visite a causa delle liste bloccate. I cittadini segnalano non solo ritardi per la prenotazione ma la pratica sempre più frequente del blocco delle liste d'attesa presso gli ambulatori asl o ospedali, che impedisce la prenotazione della prestazione. Sappiamo che è una pratica vietata da una normativa di circa 15 anni fa ma nella nostra esperienza, possiamo senz'altro confermare che è una pratica che si è sempre verificata senza soluzione di continuità, caratterizzandosi forse come l'esperienza più sconcertante per il cittadino che di fatto si vede precluso l'accesso alle cure che dà l'avvio, il più delle volte, al calvario della ricerca di una soluzione".

²¹ In linea con quanto rappresentato nella precedente nota, il fenomeno è chiaramente descritto da Intesa SANPAOLO RBM Salute, CENSIS (2022), *IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata*, disponibile su <<https://www.sanitainformazione.it>>. Più in dettaglio, in tale rapporto viene evidenziato che "Il dato della lunghezza delle liste di attesa è, almeno in parte, contenuto da un fenomeno, formalmente vietato dalla normativa, ma di cui i cittadini continuano a segnalare l'esistenza: il blocco delle liste di attesa. Ad averne esperienza è stato il 35,8% dei cittadini, di cui il 41,5% al Centro, il 37,3% al Sud e Isole, il 32,8% al Nord Ovest, il 31,5% al Nord Est. I divieti normativi da un lato e le smentite ufficiali dall'altro devono fare i conti con quanto emerge da esperienze dirette dei cittadini: il blocco di fatto dell'iscrizione alle liste di attesa che, presumibilmente, è una strategia molto operativa, indicibile, di contenimento dei tempi formali di accesso alle prestazioni nel pubblico e/o privato accreditato. In ogni caso i cittadini provano a prenotare nel Servizio Sanitario e, se valutano il tempo di attesa troppo lungo o addirittura incontrano un blocco nell'iscrizione alla lista di attesa, allora optano per soluzioni a pagamento".

totali, rilevate dal numero di prescrizioni mediche. Pertanto, il monitoraggio sulla domanda potrebbero restituire dati non pienamente attendibili sul funzionamento del sistema sanitario.

Nonostante queste considerazioni, tuttavia, il fenomeno “blocco delle liste”, pur vietato e sanzionato dalla legge, sembra “sfuggire” ad ogni rilevazione da parte delle regioni che, viceversa, appaiono beneficiarne agli effetti del rispetto dei tempi massimi di attesa riferibili ad un numero più ristretto di richieste di prenotazioni.

Muovendo da queste considerazioni generali, le analisi effettuate nei prossimi capitoli sulle liste e sui tempi di attesa del Servizio sanitario regionale della Toscana prenderanno in considerazione, oltre ai dati del monitoraggio basati sul rapporto tra richieste e prenotazioni accettate, anche i dati rilevati sulla base dell'indice di cattura che, va sin d'ora precisato, la Regione Toscana ha già autonomamente adottato per la determinazione del fabbisogno sanitario.

3. Il sistema di governo delle liste di attesa nel SSR toscano.

3.1 Il Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021.

Con la deliberazione di Giunta n. 604 del 6 maggio 2019 la Regione Toscana ha approvato il *“Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021”* (d’ora in poi, anche, PRGLA) che recepisce le misure e le direttive contenute nel PNGLA 2019-2021.

Esso sostituisce ed integra il precedente Piano, definendo altresì il quadro degli interventi da adottare, a livello regionale, per regolare l’accesso alle prestazioni sanitarie nell’intento di contrarre i tempi di attesa; quest’ultimo -come si evince anche dai documenti di programmazione²² - costituisce un obiettivo strategico delle politiche regionali in materia sanitaria.

In linea con l’impianto del PNGLA, il PRGLA prevede diverse misure destinate ad agire sia sul lato della domanda delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, sia sul lato dell’offerta delle stesse da parte del Servizio sanitario.

È parimenti prevista l’implementazione del *“Centro Unico di Prenotazione”* (d’ora in poi, anche, CUP); la Regione aveva già avviato dal 2016 con la riforma del Servizio sanitario regionale, per ottimizzare la fase di prenotazione anche in relazione alle nuove procedure previste dal Piano nazionale (progetto *“CUP 2.0”*).

È disposto infine un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa riferiti all’elenco di prestazioni ambulatoriali (visite specialiste e accertamenti diagnostici) e di ricovero definito a livello nazionale, il cui controllo è affidato all’ *“Osservatorio regionale sulle liste di attesa”*.

Sulla base di questo schema si procede di seguito ad una breve analisi del PRGLA della Toscana, con particolare riferimento al CUP dove sono gestite a livello operativo le procedure di prenotazione e di garanzia.

Nei successivi paragrafi vengono riportati gli esiti dell’istruttoria condotta sullo stato di attuazione del PRGLA al 31 dicembre 2021.

3.1.1 Selezione della domanda

Il PRGLA recepisce innanzitutto le misure di selezione della domanda richieste dal PNGLA.

²² Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020 che con il Progetto regionale 19 *“Riforma e sviluppo della qualità sanitaria”*, Obiettivo 2 si propone di *“Superare le criticità nella gestione delle liste d’attesa”*; il Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale 2018-2020, che conferma quale obiettivo strategico il superamento delle liste di attesa quale requisito di equità di accesso alle cure.

Esso prevede infatti che tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali siano emesse in forma elettronica e indichino espressamente: i) il quesito diagnostico con la descrizione del problema di salute; ii) la tipologia di accesso, con la specificazione se trattasi di “primo accesso²³” o di “accesso successivo²⁴”; iii) la classe di priorità con riferimento alle condizioni di salute e alla gravità del quadro clinico del paziente secondo la classificazione disciplinata dal PNGLA²⁵.

Per favorire l’impiego omogeneo su tutto il territorio regionale dei predetti codici, per le prestazioni di primo accesso, è prevista inoltre l’adozione di strumenti di governo della domanda e a supporto dell’attività prescrittiva basati sull’esplicitazione delle indicazioni di priorità cliniche per l’accesso alle prestazioni specialistiche. A tal fine il PRGLA promuove l’utilizzo dei “Raggruppamenti di attesa omogenei” (RAO), sviluppato in via sperimentale da AGENAS; tale metodologia individua le categorie di attesa omogenee per prestazioni specialistiche ambulatoriali in base al quesito diagnostico per prestazioni specialistiche ambulatoriali.

In attesa dell’elaborazione di un manuale definitivo dei RAO, il PRGLA della Toscana consente l’utilizzo di analoghi modelli già presenti negli applicativi prescrittivi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta²⁶.

Il PRGLA consente comunque alle aziende di confermare o prevedere nei rispettivi Piani attuativi modelli di gestione della domanda (e conseguente modulazione dell’offerta), già sperimentati in alcune realtà, che hanno portato ad un abbattimento significativo dei tempi di attesa e un più veloce accesso alle prestazioni ambulatoriali (ad esempio, il sistema “Open Access”²⁷).

²³ Il PRGLA, parte “Gestione della domanda” definisce il “primo accesso”: i) il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale; ii) la visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico; iii) nel caso di paziente cronico, la visita o l’esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

²⁴ Il PRGLA, parte “Gestione della domanda” definisce l’“accesso successivo” i) la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista; ii) la visita o prestazione di controllo (follow up).

²⁵ Il riferimento è alle seguenti classi: i) Classe U, situazione di urgenza; ii) Classe B, situazione di attenzione; iii) Classe D, situazione di routine; iv) Classe P, situazione dilazionabile.

²⁶ Il PRGLA, parte “Gestione della domanda – Strumenti a supporto della prescrizione” precisa che: “Tenuto conto che il manuale nella sua versione attuale è in fase sperimentale ed è soggetto a progressiva integrazione, inoltre non contiene tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio previste dal PNGLA, si rimanda a successivo atto il recepimento della sua versione definitiva. In alcune realtà aziendali della Toscana sono stati sviluppati, sperimentati ed adottati negli applicativi prescrittivi dei MMG e dei PLS modelli analoghi ai RAO nazionali, tali modelli possono essere confermati ed esplicitati nei Piani Attuativi Aziendali”).

²⁷ L’Open Access è un modello organizzativo già adottato da alcune aziende universitarie ospedaliere della Regione, in collaborazione con i medici di famiglia e il privato accreditato, che prevede l’erogazione entro 3 giorni con scorrimento giornaliero (per casi clinicamente motivati a 5/7 giorni) delle prestazioni ambulatoriali monitorate dal PRGLA basato sul bilanciamento della domanda e dell’offerta sugli ambiti di garanzia definiti.

3.1.2 (segue): tempi massimi e ambiti territoriali di garanzia

Sul versante dell'offerta, il PRGLA prevede innanzitutto che l'accesso alle prestazioni sia fornito di una garanzia "temporale" con riferimento ai tempi massimi di attesa, sia di una garanzia "spaziale" con riferimento alla prossimità territoriale della struttura che eroga la prestazione nel quadro dell'articolazione del Servizio sanitario regionale toscano (Zona-distretto, Ambito di Garanzia, ex ASL e AO, Area Vasta)²⁸.

Sotto il primo profilo sono riproposti i tempi massimi di attesa già stabiliti dal Piano nazionale in ragione della classe di priorità della prestazione richiesta indicata in sede di prescrizione:

- Classe U, urgente, entro 72 ore;
- Classe B, breve, entro 10 giorni;
- Classe D, differibile, entro 30 giorni per visite e 60 giorni per accertamenti diagnostici;
- Classe P, programmata, entro 120 giorni.

Rispetto al PNLGA, tuttavia, il PRGLA continua a prevedere, in accordo con la precedente normativa regionale, tempi più ridotti per talune tipologie di prestazioni oggetto di monitoraggio²⁹.

Sotto il secondo profilo si prevede che, di regola, la prestazione debba essere erogata in strutture comprese nella "Zona-distretto". Si consente tuttavia che per alcune prestazioni, ogni azienda, in considerazione della dimensione dell'offerta, possa definire un diverso "Ambito territoriale di garanzia" con un bacino demografico non superiore ai 400.000 abitanti³⁰.

²⁸ La Zona-distretto costituisce un'articolazione territoriale delle AUSL individuata ai sensi dell'art. 64 della legge regionale 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale) come "l'ambito ottimale per valutare i bisogni sanitari e sociali delle comunità e per organizzare ed erogare i servizi delle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate". Il SSR toscano conta attualmente 47 Zone-distretto.

²⁹ Per la classe di priorità D si conferma un tempo di attesa massimo pari a 15 giorni (a fronte dei 30 nazionali), per le seguenti visite: cardiologia, neurologia, oculistica, ortopedia, ginecologia, otorino, urologia, dermatologia, oncologia e chirurgia generale; e pari a 30 giorni (a fronte dei 60 nazionali) per le seguenti accertamenti diagnostici: ecografia addome (completo, superiore, inferiore), ecocolordopplergrafia cardiaca, ecografia del collo, ecografia mammella (mono e bilaterale), ecografia ostetrica e ginecologica, endoscopia digestiva (colon e gastro), ECG, ECG Holter, esame fundus oculare (compresa fotografia). Il PRGLA limita fortemente l'utilizzo della classe di priorità P in primo accesso (ad esempio, la classe P non può essere utilizzata per le prime visite) e ne prevede da subito un tempo massimo di 120 giorni a fronte dei 180 giorni previsti dal PNLGA fino al 2020.

³⁰ Il PRGLA, parte "Attenzione alla prossimità-Ambiti di garanzia" afferma: "Per alcune prestazioni, in considerazione dell'offerta disponibile, ogni singola azienda deve definire un ambito geografico di garanzia assicurato attraverso la formalizzazione di reti cliniche dell'offerta specialistica, definite assumendo un bacino demografico di riferimento, per ciascuna disciplina, tenuto conto anche delle caratteristiche oro-geografiche territoriali e non superiore ai 400.000 abitanti. In tali ambiti i tempi massimi di attesa devono essere garantiti da ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera- Universitaria di riferimento".

3.1.3 Organizzazione dell'offerta: determinazione del fabbisogno e programmazione

La programmazione dell'offerta demandata al "Piano delle prestazioni erogabili" predisposto dalle aziende deve avvenire sulla base del "fabbisogno" per la definizione del quale il PRGLA della Toscana considera di fondamentale importanza la fruibilità dei dati di prescrizione elettronica, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo. Si tratta di dati che la Regione si impegna a comunicare alle aziende tramite appositi *report* di monitoraggio e confronto fra i volumi prescritti, prenotati ed erogati in ciascun contesto aziendale³¹.

Si è già accennato alla circostanza che la rilevazione delle prestazioni prescritte rispetto alle prescrizioni prenotate definite dall'indice di cattura consente di stimare in termini più precisi la dimensione della domanda di accesso al Servizio sanitario, specie laddove i sistemi di prenotazione non dispongano ancora di strumenti in grado di registrare tutte le richieste pervenute con la presa in carico anche di quelle per le quali non possa essere immediatamente fornita una disponibilità. Il Piano regionale prevede inoltre una serie di misure raccomandate alle aziende per incrementare la produttività in relazione al fabbisogno rilevato, tra le quali: i) l'apertura delle strutture nelle ore serali e durante il fine settimana; ii) l'acquisto delle prestazioni aggiuntive in regime di libera professione, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'azienda³²; iii) l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80 per cento della capacità produttiva; iv) l'individuazione di percorsi condivisi in ambiti disciplinari trasversali alle attività ambulatoriali e di ricovero, come il "Day Service".

3.1.4 CUP. Gestione delle prenotazioni

Il PRGLA recepisce anche le procedure di prenotazione delle visite specialistiche e diagnostiche, la cui gestione operativa è demandata al CUP; tali procedure, regolando l'incontro tra la domanda e l'offerta, definiscono in concreto i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie e ne consentono il monitoraggio.

³¹ Il PRGLA, parte "Organizzazione dell'offerta": "Per la definizione del fabbisogno diventa di fondamentale importanza la completezza e la fruibilità per le aziende dei dati di prescrizione elettronica, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo. Per facilitare le aziende nella lettura di tali dati saranno resi disponibili a livello regionale appositi report di monitoraggio e confronto fra i volumi prescritti, prenotati ed erogati in ciascun contesto aziendale".

³² Ai sensi dell'art. 55, comma 2, del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge n. 120/2007 e s.m.i.

Il principale strumento per la gestione delle prenotazioni è rappresentato dalle “agende di prenotazione” dove sono indicate le date disponibili per l'erogazione delle prestazioni che possono essere prenotate dagli utenti.

Il PRGLA, in linea con il PNGLA, prevede espressamente che i sistemi di prenotazione gestiscano in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate, non solo per l'attività istituzionale, ma anche per quella libero professionale intramuraria (d'ora in poi, anche, ALPI).

La procedura di prenotazione si sviluppa attraverso una precisa scansione temporale dove si distinguono: i) la data di contatto in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione accede al sistema di prenotazione tramite qualunque canale; ii) la data di prima disponibilità, ossia la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto, tenendo conto della classe di priorità e dell'ambito territoriale di garanzia; iii) la data di prenotazione, ossia la data assegnata per effettuare la prestazione. In merito a quest'ultima si precisa che se l'utente accetta la prima disponibilità offerta, la data di prenotazione coincide con la data di prima disponibilità³³.

Alla data di contatto, all'utente viene proposta una data di prima disponibilità per la prenotazione entro i tempi stabiliti e nell'ambito territoriale di garanzia predefinito per la prestazione richiesta. Se l'utente accetta la proposta il sistema registra la prenotazione; in caso contrario, il richiedente “esce dall'ambito di garanzia”, perdendo il diritto di ricevere la prestazione nei tempi massimi fissati dal Piano.

Se al contrario non possa essere proposta all'utente una data di prima disponibilità entro i tempi massimi la richiesta deve comunque essere presa in carico dal sistema di prenotazione con la contestuale attivazione dei percorsi di tutela che ne consentano comunque l'erogazione, attraverso modalità alternative, entro i medesimi tempi massimi garantiti.

3.1.5 Gestione dei percorsi di tutela e divieto di sospensione delle prenotazioni.

Con riferimento alle garanzie di accesso, il PRGLA prevede precisamente: i) l'attivazione di apposite “preliste”, gestite dal CUP dove prendere in carico le richieste non immediatamente prenotabili, destinate ad essere successivamente evase sempre nel rispetto dei tempi massimi garantiti³⁴; ii) la predisposizione di accessi alternativi alle medesime prestazioni presso erogatori

³³ Il PRGLA, parte “Prenotazione prestazioni ambulatoriali” precisa che: “Sia la data di prima disponibilità che quella di prenotazione sono fondamentali ai fini della rilevazione di tempi di risposta del sistema perché costituisce il tempo 0 da cui si comincia a misurare l'attesa. In tal senso è necessario che tale dato sia sempre rilevato correttamente negli applicativi di prenotazione e di erogazione e di conseguenza nei flussi informativi che a partire da essi vengono generati e trasmessi dalle aziende sanitarie”.

³⁴ In questo caso come data di primo contatto agli effetti della rilevazione si considera la data di presa in carico nelle preliste.

privati, in libera professione intramuraria o in attività aggiuntiva senza alcun compenso a carico del richiedente, fatta eccezione per il pagamento del ticket ove dovuto.

Rispetto al Piano nazionale, il PRGLA della Toscana prevede dunque all'interno dei percorsi di tutela una specifica procedura in grado potenzialmente di assicurare, attraverso il sistema delle preliste, la registrazione e la presa in carico anche di quelle richieste per le quali non sia al momento disponibile una data in agenda, scongiurando fenomeni di "blocco delle liste".

Il PRGLA affida poi ai "Gruppi di gestione operativa aziendale" (c.d. Teams GO)³⁵, già attivi nel SSR toscano, la ricerca di ulteriori spazi disponibili per la prenotazione, attraverso strumenti di riutilizzo di potenziali posti liberi nelle agende o con altre modalità specificamente individuate³⁶. A sostegno dei percorsi di tutela risulta poi ancora attivo il numero verde regionale in applicazione della deliberazione G.R. n. 694/2014³⁷.

Non è invece mai consentita la sospensione delle prenotazioni, ovverosia la mancata presa in carico di una richiesta di prestazione per essere la prestazione stessa non disponibile in alcuna agenda o ambito territoriale di garanzia ("liste d'attesa bloccate", o "agende chiuse").

Questa pratica rimane vietata ai sensi dell'art. 1, comma 282, della legge 23 dicembre 2005 n. 266, comportando, ai sensi del successivo comma 284 anche sanzioni amministrative a carico dei soggetti responsabili delle violazioni³⁸.

Nel richiamare espressamente le disposizioni di legge in materia, il PRGLA richiede alle Direzioni sanitarie di vigilare sul rispetto del divieto e alla Regione di applicare le eventuali sanzioni.

Ai fini dunque della corretta gestione delle procedure di prenotazione e dei percorsi di tutela il Piano sottolinea l'importanza della corretta registrazione delle informazioni che consentano di distinguere i casi in cui il mancato accesso alla prestazione entro i tempi massimi sia determinato dalla libera scelta dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di accettare una

³⁵ Nella deliberazione G.R. n. 476 del 2 maggio 2018, la Gestione Operativa è definita come una funzione strategica che deve essere prevista all'interno di tutte le aziende sanitarie regionali attraverso l'individuazione e/o il progressivo reclutamento dei profili professionali idonei. In ambito ospedaliero, tale funzione deve essere assicurata mediante sue articolazioni in ogni presidio con modalità diversificata in relazione alla complessità organizzativa. Il Team dedicato di GO è costituito da un'equipe multi professionale alla quale compete la programmazione dei diversi asset produttivi operando in perfetta integrazione con la Direzione sanitaria, le Direzioni mediche ed infermieristiche, i Dipartimenti clinici e le relative unità operative afferenti, il Dipartimento delle professioni sanitarie.

³⁶ Il PRGLA, parte "Percorsi di tutela" precisa che "Il team di GO deve pertanto procedere alla ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito del SSR nel più breve tempo possibile, attraverso strumenti di riutilizzo di potenziali posti liberi nelle agende di presa in carico o con altre modalità individuate ad hoc. Al termine dell'iter l'azienda ricontatterà l'utente proponendo la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato in ricetta".

³⁷ Si prevede un sistema di verifica del rispetto dei tempi di attesa, anche attraverso un numero verde regionale e modalità che garantiscano al cittadino di ricevere la prestazione richiesta.

³⁸ L'art 1, comma 284, della l. n. 266/2005 recita: "Ai soggetti responsabili delle violazioni al divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro".

prenotazione in una data successiva alla prima disponibilità, dai casi in cui questo dipenda invece dall'indisponibilità delle agende (o dalla mancata attivazione delle preliste) con conseguente impossibilità di presa in carico della richiesta.

In questo senso è demandata al CUP la previsione di messaggi di allarme in caso di sospensione delle prenotazioni con conseguente comunicazione alle strutture competenti.

Allo scopo di consentire una gestione efficiente delle agende di prenotazione è prevista l'implementazione all'interno del CUP di procedure atte a contenere i casi di mancata presentazione dell'utente che doveva ricevere la prestazione prenotata nella data e nell'ora fissate senza che ne sia stata comunicata preventivamente la disdetta (c.d. "drop out").

Si richiede la predisposizione, in particolare, di canali informativi per rammentare l'appuntamento o per riceverne la rinuncia che coprano, a tendere e con adeguamento graduale, almeno l'80 per cento delle prestazioni prenotate.

Trovano poi conferma le disposizioni secondo le quali l'utente che, dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale, non si presenti senza preannunciare la rinuncia o l'impossibilità di fruire la prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, è tenuto, ove non esente, al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione.

3.1.6 Gestione delle agende ALPI

Come accennato in precedenza, i sistemi di prenotazione gestiscono in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate, non solo per l'attività istituzionale, ma anche per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI).

L'ALPI consiste, come è noto, nell'attività che la dirigenza del ruolo sanitario medica e non medica, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'assistito pagante, ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.

Al fine di consentire che tutte le risorse umane e strumentali delle aziende siano proficuamente impiegate per l'attività istituzionale diretta a fornire le prestazioni a carico del Servizio sanitario, lo stesso Piano nazionale prevede espressamente che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attui il blocco dell'ALPI, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Nel recepire sul punto il PRLGA richiede alle aziende che, ogniqualvolta il monitoraggio evidenzia per una data prestazione percentuali di risposta entro i tempi massimi inferiori agli obiettivi

stabiliti, sia disposta una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali.

Si precisa al riguardo che, nell'adottare le predette misure, le aziende devono basarsi sui volumi di produzione istituzionale e libero professionali rilevati in modo integrato dai flussi informativi interni per ciascun operatore, con la possibilità di disporre il blocco dell'attività libero professionale sino al ripristino della tempestiva ed efficiente erogazione delle prestazioni in attività istituzionale³⁹.

3.1.7 Monitoraggi

Per la verifica del rispetto dei tempi massimi di attesa il PRGLA individua, conformemente al PNGLA, una serie prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e accertamenti diagnostici) e di prestazioni di ricovero da sottoporre a costante e periodico monitoraggio.

Le prestazioni ambulatoriali monitorate sono 64 rispetto alle 46 previste dal precedente Piano.

Tabella 2 – Elenco delle prestazioni sottoposte a monitoraggio

Prestazione	Tempi massimi priorità D	Ambito territoriale di garanzia
Visita Cardiologica	15	Zona
Visita Chirurgia vascolare	30	AV
Visita Endocrinologica	30	AV
Visita Neurologica	15	Zona
Visita Oculistica	15	Zona
Visita Ortopedica	15	Zona
Visita Ginecologica	15	Zona
Visita Otorinolaringoiatrica	15	Zona
Visita Urologica	15	Zona
Visita Dermatologica	15	Zona
Visita Fisiatrica	30	AG
Visita Gastroenterologica	30	AG
Visita Oncologica	15	AG
Visita Pneumologica	30	AG
Visita Chirurgia generale	15	AG
Visita Reumatologica	30	AV
Visita Allergologica	30	AV
Mammografia bilaterale	60	AG
Mammografia monolaterale	60	AG
TC del torace	60	AG
TC del torace senza e con MDC	60	AG

³⁹ Il PRGLA, parte "Governo dell'Intramoenia" precisa che: "per ridefinire le proporzioni fra attività istituzionale e libero professionale in ragione delle criticità di erogazione dell'attività istituzionale, fino al totale blocco dell'attività libero professionale da protrarre fino al risolversi della criticità individuata. Al fine della eventuale attivazione delle citate azioni correttive, all'analisi dei volumi di attività dei singoli professionisti in libera professione su una determinata prestazione, che presenta criticità nei tempi di attesa in regime istituzionale, sarà aggiunta una verifica dei volumi di prestazioni libero professionali erogate dalla struttura in rapporto al totale delle prestazioni istituzionali erogate dalla struttura stessa in modo tenere in considerazione anche la percentuale di incidenza dell'attività libero professionale sul complessivo dell'attività erogata".

TC dell'addome superiore	60	AG
TC dell'addome superiore senza e con MDC	60	AG
TC dell'addome inferiore	60	AG
TC dell'addome inferiore senza e con MDC	60	AG
TC dell'addome completo	60	AG
TC dell'addome completo senza e con MDC	60	AG
TC del capo	60	AG
TC del capo senza e con MDC	60	AG
TC del rachide e dello speco vertebrale	60	AG
TC del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC	60	AG
TC di bacino e articolazioni sacroiliache	60	AG
RM dell'encefalo e del tronco encefalico	60	AG
RM dell'encefalo e del tronco encefalico in età evolutiva anni	60	AG
RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC	60	AG
RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC, o diffusione in età evolutiva anni 0-10	60	AG
RM di addome inferiore e scavo pelvico	60	AG
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	60	AG
RM della colonna	60	AG
RM della colonna senza e con MDC	60	AG
RM muscoloscheletrica	60	AG
RM muscoloscheletrica senza e con MDC	60	AG
Eco (color) dopplergrafia cardiaca	30	Zona
Eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	60	AG
Diagnostica ecografica del capo e del collo	30	AG
Ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	30	Zona
Ecografia della mammella bilaterale	30	AG
Ecografia della mammella monolaterale	30	AG
Ecografia ostetrica	30	Zona
Ecografia ginecologica	30	Zona
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, fetoplacentare, arteriosa o venosa	60	AG
Colonscopia	30	AG
Sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	30	AG
Esofagogastroduodenoscopia	30	AG
Elettrocardiogramma	30	Zona
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	30	Zona
Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile	60	AG
Altri test cardiovascolari da sforzo	60	AG
Esame audiometrico tonale	60	AG
Spirometria semplice	60	AG
Spirometria globale	60	AG
Fotografia del fundus	30	Zona
Esame del fundus oculi	30	Zona
Elettromiografia semplice [EMG]	60	AG

Fonte: PRGLA

A fronte della previsione del Piano nazionale secondo la quale il tempo massimo di attesa indicato per ciascuna prestazione deve essere garantito ai fini del monitoraggio per almeno il 90 per cento delle prenotazioni con classe di priorità B, D e, dal 2020 anche di classe P, il PRGLA eleva la garanzia al 95 per cento dei casi per le classi di priorità D e P, e al 100 per cento dei casi per le classi U e B.

In ogni caso sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche, mentre sono escluse tutte quelle di controllo e di screening.

Il monitoraggio è operato sia “ex ante” sia “ex post”. La prima tipologia consiste nella rilevazione, riferita ad un determinato periodo (settimanale, quindicinale, mensile, etc.), del tempo intercorso tra la data di contatto e la data di prenotazione.

Il monitoraggio *ex post* attiene, viceversa, alla rilevazione del tempo intercorso tra la data di contatto e la data di effettiva erogazione della prestazione.

Il PRGLA, in conformità con il PNGLA, richiede espressamente l'esecuzione dei seguenti monitoraggi: a) Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale⁴⁰; b) Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale⁴¹; c) Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale⁴²; d) Monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente.

Ai fini della valutazione della garanzia dei tempi di attesa si deve fare riferimento al monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.

Il PRGLA della Regione Toscana prevede che tale monitoraggio, avente ad oggetto prestazioni con classi di priorità B, D e P (quest'ultime dal 2020), prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate si svolga (dal 2019) con le seguenti modalità: una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il Piano Nazionale (aprile 1° settimana; luglio 1° settimana; ottobre 1° settimana), con invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione.

Per la verifica dell'attuazione del Piano sono poi prescritti questi ulteriori monitoraggi:

- a) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione e prenotazione (dove è ribadito il dovere di Regione e aziende di prevedere un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione)⁴³;

⁴⁰ Il PRGLA, parte "Monitoraggi" precisa che: "l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) in Sistema sanitario tramite i canali di prenotazione attivati (CUP, farmacie, web etc) e la data di effettiva erogazione della prestazione. E' effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa. Questo monitoraggio è inerente le prestazioni con Classi di priorità B D e P (dal 2020), prenotate presso tutte le strutture sanitarie"

⁴¹ Il PRGLA, parte "Monitoraggi" precisa che: "consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato periodo indice, della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto. Riguarda le prestazioni con Classi di priorità B D e P (dal 2020), prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Per il 2019 è stata definita la seguente modalità di Monitoraggio: una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il Piano Nazionale (aprile 1° settimana; luglio 1° settimana; ottobre 1° settimana), con invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione. Sono escluse dai monitoraggi effettuati a livello nazionale sulla base di specifici flussi informativi, le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening oltre alle prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P"

⁴² Il PRGLA, parte "Monitoraggi" precisa che: "utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO, completo obbligatoriamente, dal 2010, di data prenotazione e classe priorità. Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali, dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Ospedaliere, di tenere il Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri".

⁴³ Il PRGLA, parte "Monitoraggi" precisa che: "Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione

- b) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- c) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa⁴⁴;
- d) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP⁴⁵.

Le attività di monitoraggio sono demandate all'“Osservatorio regionale sulle liste di attesa” istituito con la deliberazione di giunta n. 194/2019 di cui fanno parte rappresentanti delle aziende sanitarie, referenti regionali, Ars e rappresentanti delle associazioni dei cittadini.

3.1.8 Sistema delle responsabilità

Il PRGLA conferma che il superamento delle criticità sulle liste di attesa costituisce un elemento prioritario nella valutazione dei Direttori generali delle aziende ai sensi delle disposizioni vigenti in materia, precisando che a tal fine sono già previsti indicatori di *performance* per verificare che le aziende garantiscano ai propri cittadini i tempi massimi previsti dalla normativa regionale e che fanno riferimento in via prioritaria alle prestazioni oggetto di monitoraggio.

e quindi gestibili anticipatamente. Il Monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. Oggetto del Monitoraggio sono gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di Monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti. La rilevazione delle sospensioni prevede la trasmissione, da parte della Regione, di apposito modello di rilevazione. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS. Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al Ministero della Salute, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. Anche la Regione deve monitorare le sospensioni ed osservarne l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti. La Regione e le aziende devono inoltre prevedere un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.”

⁴⁴ Il PRGLA, parte “Monitoraggi” precisa che: “il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas. Agenas, su indicazione dell'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa. Agenas trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale ed aziendale”.

⁴⁵ Il PRGLA, parte “Monitoraggi” precisa che: “Verifica la presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN. Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa. Sono oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni, ASL, AOU, IRCCS, Policlinici Universitari. Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online. I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute”.

3.2 Il Centro unico di prenotazione (CUP): il progetto “CUP. 2.0”.

Numerosi degli interventi previsti dal PNGLA e recepiti dal PRGLA sono destinati a trovare attuazione, come precedentemente evidenziato, attraverso le procedure informatiche gestite dal “Centro Unico di Prenotazione” (CUP) a cui è riconosciuta una importanza fondamentale per la razionale e trasparente selezione degli accessi alle prestazioni sanitarie ambulatoriali⁴⁶.

Al tal fine è richiesta una implementazione di questo sistema di prenotazione⁴⁷, in modo che il CUP: *i)* gestisca in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate e, in maniera analoga, tutte le agende dell’attività istituzionale e della libera professione intramuraria suddivise per classe di priorità e consentendone anche il monitoraggio periodico; *ii)* integri, inoltre, specifiche agende per le prestazioni programmate dallo specialista che abbia già preso in carico il paziente, in modo da distinguere le prestazioni di primo accesso dalle visite di controllo.

Al CUP, il PNGLA affida poi la gestione “a livello informatico” di altre procedure, descritte nel precedente paragrafo e ritenute essenziali per il governo delle liste, quali: *i)* la previsione di funzionalità atte ad intercettare ed impedire prenotazioni multiple da parte dello stesso utente; *ii)* l’attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate, nonché di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso mancata disdetta; *iii)* la selezione delle prenotazioni per le quali occorra attivare il percorso di garanzia dei tempi massimi.

È anche richiesto lo sviluppo di un sistema di CUP *online* aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all’utente di: *i)* consultare in tempo reale l’attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna classe di priorità; *ii)* annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online; *iii)* pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito; *iv)* visualizzare gli appuntamenti già prenotati; *v)* ristampare il promemoria dell’appuntamento e dell’eventuale costo della prestazione prenotata.

⁴⁶ “Il CUP è definito come il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l’intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l’attività delle unità eroganti per ciò che attiene l’erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell’erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell’offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l’accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l’offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa” (PRGLA, Cup, pag. 18).

⁴⁷ Si richiama l’attenzione sulla circostanza che le regioni erano già tenute ad adottare sulla base dell’Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

Per l'implementazione dei CUP le regioni hanno potuto contare, tra l'altro, sulle risorse specificamente previste dalla legge di bilancio per il 2019.

L'art. 1, comma 510, della legge n. 145/2018 ha autorizzato la spesa di 350 milioni nel triennio 2019-2021 per l'implementazione dei sistemi di prenotazione elettronica delle prestazioni da destinare alle regioni sulla base di un programma che, in coerenza con quanto previsto dal PNGLA, le portasse ad essere dotate alla fine del 2021 di un CUP interaziendale o regionale per la gestione di tutte le agende (pubbliche e private) di tutti gli erogatori (pubblici e privati accreditati) e di almeno 4 canali digitalizzati di accesso allo stesso CUP a disposizione dei cittadini.

Con il PRGLA la Regione Toscana ha recepito le indicazioni del PNGLA dirette all'implementazione del CUP dando seguito allo sviluppo del progetto sul CUP unico regionale (c.d. "CUP 2.0"), già avviato dal 2016 in concomitanza con il riordino del Servizio sanitario regionale.

A seguito, infatti, dell'accorpamento delle originarie 12 Aziende AUSL nelle attuali 3 macro Aziende, che si aggiungono alle 4 Aziende ospedaliero-universitarie, si è manifestata l'esigenza di uniformare e razionalizzare anche le procedure di prenotazione per l'accesso alle prestazioni sanitarie, fino ad allora gestite sulla base di singoli CUP aziendali operanti con modalità del tutto disomogenee, con la realizzazione di un unico CUP regionale basato sulla medesima infrastruttura tecnologica.

Secondo quanto riportato negli atti di approvazione, il Progetto "CUP 2.0" prevede il rilascio di una piattaforma unica centralizzata installata presso il Cloud regionale per la gestione della offerta, integrata con i sistemi locali che mantengono le funzioni di accettazione, incasso, interazione con i servizi dipartimentali.

Il progetto prevede altresì la distribuzione di un modulo "light" dotato di funzionalità di prenotazione e di incasso per tutti gli sportelli extra aziendali (farmacie, privato convenzionato, ecc.) e la realizzazione dei Web Services per l'integrazione con i software presenti presso le aziende sanitarie (cartella clinica, pronto soccorsi, MMG/PLS ecc.). Lo stesso progetto prevede anche la facilitazione di accesso alle prenotazioni attraverso la multicanalità digitale (web App cup OnLine, App Smart SST, totem Punto SI).

3.3 Lo stato di attuazione del PRGLA al 2021.

La Sezione, nel corso dell'attività istruttoria, ha chiesto alla Regione di riferire sullo stato di attuazione al 31 dicembre 2021 degli interventi recepiti dal PRGLA descritti nei precedenti paragrafi con particolare riferimento alle procedure e alle funzioni gestite a livello centralizzato dal CUP. Dalle risposte fornite dalla Regione, tramite i propri uffici e tramite ESTAR, è possibile ricostruire il quadro di seguito descritto.

3.3.1 Selezione della domanda

Nel periodo di osservazione, oggetto della presente indagine, la metodologia di stima dell'intera domanda è stata condizionata dalle modalità di prescrizione (cartacee vs. elettroniche). Già dal 2019, secondo quanto riferito in sede istruttoria, l'accesso al sistema di prenotazione richiede che le prescrizioni delle prestazioni sanitarie per visite specialistiche e accertamenti diagnostici siano emesse esclusivamente in "forma elettronica⁴⁸" con l'obbligatoria indicazione del quesito diagnostico, del tipo di accesso e del codice di priorità.

Il progressivo abbandono delle "ricette cartacee" è divenuto pressoché definitivo nel 2020 con l'acquisizione informatica della totalità delle prescrizioni emesse dai medici di medicina generale e dagli altri soggetti abilitati; ciò, oltre a migliorare la selezione delle domande rispetto alle obiettive esigenze di diagnosi o di cura, ha consentito alla Regione di disporre di un ordine di grandezza utilizzabile per stimare il reale fabbisogno da parte dei cittadini toscani in un determinato periodo.

3.3.2 Organizzazione dell'offerta

In ottemperanza a quanto previsto dal PRGLA in tema di organizzazione dell'offerta, dal 2020 la Regione ha introdotto nelle rilevazioni ufficiali il c.d. "indice di cattura", dato dal rapporto tra il numero delle prestazioni prenotate e il numero delle prestazioni prescritte, con l'intento di misurare attraverso di esso la reale capacità del Servizio sanitario di soddisfare l'attuale fabbisogno di prestazioni e di predisporre di conseguenza un'offerta adeguata a tale fabbisogno effettivo.

Tale indice, essendo una *proxy* della domanda "reale", computa una percentuale di dispersione pari al 25 per cento.

⁴⁸ Sia nella forma della ricetta elettronica sia nella forma della ricetta elettronica dematerializzata.

Ciò è dovuto alla circostanza che non tutte le prescrizioni sono seguite da una richiesta di prenotazione (per rinuncia o scelta di rivolgersi privatamente a specialista di fiducia); talvolta alcune prescrizioni risultano duplicate⁴⁹. Dai dati trasmessi dalla Regione Toscana, tale fenomeno ha riguardato il 7 per cento delle prescrizioni effettuate; non sono stati, invece, forniti dati sulle prescrizioni che non giungono a prenotazione per scelta volontaria.

Ulteriori considerazioni sull'indice di cattura, anche rispetto all'individuazione di probabili casi di sospensione delle prenotazioni, saranno svolte nel prossimo capitolo dedicato all'analisi dei dati sull'andamento dei tempi di attesa in Toscana.

In questo paragrafo, ci si limita ad evidenziare che l'impiego dello stesso per adeguare l'offerta delle prestazioni sanitarie è stato pregiudicato dal diffondersi della pandemia da Covid-19 che ha determinato la sospensione delle visite e degli interventi non urgenti, accentuando le difficoltà per il recupero delle prestazioni accumulate, tutt'ora in corso di soluzione.

La sospensione non ha consentito poi di verificare la concreta adozione da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere delle misure già previste dal PRGLA per l'incremento della produttività e il conseguente adeguamento dell'offerta al fabbisogno rilevato che comunque sono state recepite nei rispettivi piani attuativi (apertura prolungata delle strutture, acquisto di prestazioni aggiuntive ALPI, utilizzo efficiente delle apparecchiature, etc.) assieme ad altre iniziative sempre dirette a riallineare l'offerta alla dimensione della domanda.

3.3.3 CUP 2.0. Implementazione e organizzazione

I canali di contatto al CUP 2.0. sono attualmente costituiti da: *i)* Sportello tradizionale; *ii)* Call center telefonico; *iii)* Farmacie e studi di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; *iv)* Portale web; *v)* App "Toscana Salute"; *vi)* Totem "PuntoSi".

In tal modo, è istituito un sistema che affianca agli strumenti tradizionali canali digitalizzati, attivabili dall'utente cui è data la possibilità di gestire personalmente l'intera procedura di prenotazione.

A fine 2021, tuttavia, il CUP 2.0 non garantiva ancora il completo accesso alle agende dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale di tutte le strutture che compongono il SSR Toscano. Non risultavano gestite tramite il CUP 2.0: *i)* le agende dell'attività istituzionale dell'AOU Careggi, dell'AOU Meyer e dell'AUSL Toscana Centro per la macrozona di Firenze; *ii)* le agende dell'attività

⁴⁹ Con tale espressione si suole riferirsi a prescrizioni emesse più di una volta per il medesimo soggetto e per lo stesso quesito diagnostico.

libero professionale della AUSL Toscana Nord Ovest, dell'AUSL Toscana Sud Est per la zona di Arezzo, dell'AOU Pisana, dell'AOU Careggi e della Fondazione Toscana G. Monasterio.

L'integrazione delle agende ancora escluse, come confermato dalla Regione in sede di controdeduzioni è stata completata nel 2022.

La seguente tabella riporta in dettaglio il numero delle agende prenotabili e il numero di addetti al CUP per ciascuna azienda del SSR al 31 dicembre 2021.

Tabella 3 – Numero di agende prenotabili e numero di addetti per azienda al 31.12.2021

Azienda	Nr. Operatori	Nr. Agende prenotabili (SSN)	Nr. Agende prenotabili (LP)
AUSL Toscana Centro	2898	4986	1425
AUSL Toscana Nord Ovest	3065	3770	LP prevista migrazione a CUP 2.0 nel 2022
AUSL Toscana Sud Est	2040	3842	484 (esclusa Arezzo la cui LP è prevista la migrazione a CUP 2.0 nel 2022)
AOU Pisana	788	1243	LP prevista migrazione a CUP 2.0 nel 2022
AOU Senese	319	575	196
AOU Careggi	2000	987	LP prevista migrazione a CUP 2.0 nel 2022
AOU Meyer	552	584	93
Fondazione Toscana G. Monasterio	45	180	LP prevista migrazione a CUP 2.0 nel 2022

Fonte: dati ESTAR.

3.3.4 (Segue): Gestione delle prenotazioni e dei percorsi di tutela

Il CUP gestisce la procedura di prenotazione secondo le modalità previste dal PRGLA, proponendo al richiedente la data di prima disponibilità per l'esecuzione della prestazione.

Lo stesso CUP, secondo quanto riferito dalla Regione Toscana, consente di distinguere i casi in cui la mancata prenotazione, entro i tempi massimi, dipenda dalla rinuncia volontaria del richiedente alla data di prima disponibilità proposta, oppure sia determinata dalla totale mancanza di agende disponibili; tali vicende dovrebbero attivare i percorsi di tutela e, in particolare, la registrazione delle richieste inevase nelle c.d. "preliste".

Solo dal 2021 il sistema è stato però implementato con un uno specifico modulo per la gestione delle preliste; invece, gli ulteriori percorsi di garanzia sono stati gestiti in modo differenziato dalle singole aziende⁵⁰ secondo quanto previsto dai rispettivi Piani attuativi, i quali già facevano riferimento alla futura gestione delle funzioni a livello centralizzato tramite il CUP 2.0.

⁵⁰ Con riferimento ai percorsi di tutela già previsti a livello di singola azienda sono state definite nei rispettivi Piani Attuativi Aziendali le modalità alternative di accesso, tra cui:

- per l'AUSL Toscana Centro: per le prestazioni ambulatoriali inserimento nella pre-lista del cup aziendale, attivazione progetti incentivanti (libera professione intramuraria/attività aggiuntiva) rimodulazione offerta ambulatoriale Privato Accreditato,

Fino a tutto il 2020, quindi, il CUP non era in grado di prendere in carico, con le preliste, le richieste per le quali non fosse risultato possibile assicurare, nell'immediato, la prenotazione entro i tempi garantiti.

La Regione, del resto, non ha fornito alcun *report* o altro riscontro documentale sulle richieste di prenotazione per le quali sia stata disposta la registrazione nelle preliste (dal 2021) o per le quali sia stato necessario comunque attivare, anche negli anni precedenti, percorsi di garanzia alternativi gestiti a livello regionale o di singola azienda⁵¹.

In sede di controdeduzioni la Regione ha riferito che in due aree vaste su tre sono previste modalità di presa in carico delle prestazioni con codici di priorità U e B.

Per il resto gli unici dati trasmessi sono quelli relativi alle segnalazioni al numero verde regionale da parte degli utenti a cui sia stata proposta una prenotazione con prima data disponibile oltre i tempi massimi, senza peraltro alcuna indicazione sugli esiti delle stesse. Dati che, se da un lato attestano una progressiva riduzione negli ultimi anni delle segnalazioni⁵², dall'altro sono un indice della difficoltà del sistema ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per gli anni pregressi⁵³.

In risposta alla richiesta istruttoria formulata da questa Sezione con nota del 24 luglio 2022 e diretta a conoscere ulteriori avanzamenti dello stato di implementazione del CUP con particolare riferimento alla gestione delle preliste al 30 giugno 2022, la Regione ha trasmesso l'attestazione di verifica di conformità del relativo modulo all'interno del CUP effettuata da ESTAR il 14 luglio 2021,

erogazione produzione chirurgica congiunta – Progetti “Service”, lista di attesa chirurgia elettiva ordinaria ATC- Recall, Fast Track;

- per l'AUSL Toscana Nord Ovest: per le prestazioni urgenti invio al P.S. o alla struttura ospedaliera che eroga la prestazioni, per le prestazioni B presa in carico attraverso la Segreteria CUP zonale;
- per l'AUSL Toscana Sud Est: l'help desk gestisce tutte le richieste aprendo un ticket di chiamata per ogni nuovo caso, avvalendosi del software standard in dotazione alle postazioni di lavoro (open office). Il team di TGO procede alla ricerca di ulteriori spazi programmati e definiti con i Direttori di Dipartimento (attraverso agende spot in attività aggiuntiva) o attraverso erogatori privati (creando delle agende da aprire al bisogno sulla base di un tetto individuato ad hoc);
- per l'AOU Pisana: eventuali segnalazioni di mancata disponibilità sono inoltrate dalla segreteria Settore Gestione Sanitaria Prestazioni Ambulatoriali al referente di UO erogante ed ai corrispettivi referenti dipartimentali (RID, RAD) che hanno l'onere dell'offerta in overbooking e della comunicazione all'utente ed alla segreteria Settore Gestione Sanitaria Prestazioni Ambulatoriali della data di appuntamento. In caso di non collaborazione la prestazione è inserita d'ufficio in overbooking direttamente dalla segreteria Settore Gestione Sanitaria Prestazioni Ambulatoriali con un max di 2 prestazioni/die;
- per l'AOU Siena e l'AOU Meyer si parla di collaborazione alla realizzazione dei percorsi di tutela a supporto delle necessità dell'AUSL Toscana Sud Est;
- per l'AOU Careggi: attivazione progetti incentivanti (libera professione intramuraria/attività aggiuntiva).

⁵¹ Nessun riscontro è stato fornito in particolare in ordine agli indennizzi riconosciuti agli utenti in caso di indisponibilità della prestazione in applicazione della d.G.R. n. 143/2006 (abrogata con l'entrata in vigore del PRGLA 2019-2021) la quale prevedeva che: “Nell'eventualità in cui l'Azienda unità sanitaria non renda disponibile la visita specialistica, nelle branche specialistiche di cui al punto precedente, entro il tempo massimo previsto di quindici giorni in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva sul territorio aziendale, l'Azienda unità sanitaria riconoscerà all'utente un risarcimento economico di 25 euro”; inoltre, sempre la medesima deliberazione affidava al CUP l'attivazione della procedura di rimborso su richiesta dell'utente, certificando la mancata prenotazione della prestazione, sia direttamente con il rilascio di opportuna modulistica sia tramite invio postale al domicilio dell'utente, nell'eventualità di prenotazione telefonica.

⁵² Nel 2020 e 2021 sono state prese in carico n. 1138 segnalazioni.

⁵³ Le segnalazioni prese in carico sono state: n. 6794 nel 2017; n. 3535 nel 2018 e n. 3194 nel 2019.

unitamente al verbale della riunione del “gruppo tecnico CUP 2.0” del 29 luglio dello stesso anno dove si prospettano almeno due differenti opzioni operative per consentire l’avvio delle preliste⁵⁴ peraltro limitate, per quanto si possa capire, a sole 4 prestazioni in classe di priorità D.

In assenza di ogni altra comunicazione o precisazione da parte della Regione non è dato conoscere a tutt’oggi se ed entro quali limiti il CUP gestisca questa procedura e l’utilizzo che ne sia stato fatto per la presa in carico delle prenotazioni.

È stata poi riscontrata la carenza, tra le procedure gestite dal CUP previste dal PRGLA, di adeguati sistemi di avviso e di segnalazione in casi di indisponibilità delle prenotazioni che consentano alle strutture regionali competenti di accertare l’eventuale “blocco delle liste” e di adottare i provvedimenti conseguenti.

In sede di controdeduzioni, è stato riferito al riguardo che nei mesi di settembre e ottobre 2022 si sono tenuti incontri specifici con il fornitore del sistema per attivare questa funzione.

Nel frattempo, come illustrato dai rappresentanti della Regione intervenuti in adunanza, è stata predisposta una procedura informativa in grado di rilevare giornalmente lo stato di disponibilità delle agende ed informarne direttamente i vertici delle aziende.

Preso atto degli ultimi interventi in materia di cui dovrà essere verificata la funzionalità e l’efficacia, la Sezione deve rilevare che sino ad oggi, in mancanza di un sistema centralizzato di allerta, la Regione non era in grado di individuare in modo autonomo casi di liste bloccate, dovendo fare esclusivo affidamento sulle dichiarazioni periodiche dei Direttori generali delle aziende.

Proprio sulla base delle relazioni semestrali relative alla chiusura delle agende inviate dalle aziende, la Regione ha confermato in istruttoria che, nel periodo oggetto di indagine, non si è verificata alcuna sospensione dell’attività di prenotazione se non nel periodo della pandemia e che, pertanto, non è stato necessario irrogare le relative sanzioni amministrative di cui all’art. 1, commi 282 e 284, della legge n. 266/2005.

Non si può fare a meno di constatare che la mancata attivazione delle preliste a garanzia della presa in carico di tutte le richieste di prenotazione giunte al sistema e, parimenti, l’assenza, almeno fino al 2022, di una procedura automatica di segnalazione di liste bloccate evidenzino rilevanti

⁵⁴ In particolare, si precisa, nel citato verbale, che è possibile agire in due modi: ridefinire la visibilità di tutte le agende che contengono le prestazioni soggette a prelista oppure ridimensionare il tempo delta di tolleranza della priorità D che, per come impostato da 60 a 999 giorni, non consente di far andare in prelista, trovando sempre almeno uno slot disponibile, anche se temporalmente lontano, se l’agenda non ha una visibilità limitata.

carenze nell'attività di vigilanza sulle sospensioni delle prenotazioni per indisponibilità delle agende.

Ad eccezione di quelli temporanei determinati da cause tecniche⁵⁵ o da forza maggiore o ordine di autorità⁵⁶, dalle evidenze ufficiali non è mai emerso alcun fenomeno di "blocco delle liste", peraltro vietato e sanzionato ex lege.

L'esistenza e la persistenza di fenomeni di blocco – segnalata a più riprese dai cittadini⁵⁷ – risulta peraltro indirettamente deducibile, laddove l'analisi della domanda e dell'offerta delle prestazioni evidenzia un basso indice di cattura, specie in relazione alle prestazioni che presentino una elevata percentuale di rispetto dei tempi massimi (v. *infra*, capitolo 4).

Sullo stato di attuazione e implementazione all'interno del CUP degli strumenti per la gestione delle mancate disdette (c.d. "*drop out*") previste nel PNGLA, la Regione ha confermato l'attivazione del servizio di remind per tutte le prestazioni.

La Sezione ha acquisito dalle aziende sanitarie gli elenchi delle prenotazioni non disdette rispetto alle quali devono essere attivate le procedure per il recupero del costo della prestazione (ticket se dovuto). I dati analizzati nel prossimo capitolo evidenziano non poche criticità nella gestione delle informazioni e nell'applicazione delle sanzioni, a fronte di un numero non trascurabile di mancate disdette (v. *infra*, capitolo 4).

In sede di controdeduzioni la Regione si è limitata ad affermare al riguardo che la mancata disdetta prevede una sanzione a carico del paziente (*malum*), sospesa nel periodo pandemico con ordinanza del Presidente della Regione.

3.3.5 Gestione delle agende ALPI

La Regione comunica anche che i Piani attuativi delle singole aziende regolano l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, prevedendone la limitazione di disponibilità in caso di superamento dei tempi massimi delle prestazioni fornite in regime istituzionale, come prescritto dal PRGLA.

Non sono stati segnalati casi in cui sia stata necessaria l'adozione da parte delle aziende di misure correttive per ripristinare l'equilibrio tra attività istituzionale e libero professionale.

⁵⁵ Ad esempio, per indisponibilità dei macchinari.

⁵⁶ Ad esempio, la sospensione delle prestazioni è stata disposta dal Governo nel periodo dell'emergenza epidemiologica.

⁵⁷ Sul punto, da ultimo, cfr. Cittadinanzattiva (2022), *Rapporto civico sulla salute 2022. I diritti dei cittadini e il federalismo sanitario*, disponibile su <<<https://www.cittadinanzattiva.it>>>.

L'analisi dei dati sui tempi di attesa svolta nel prossimo capitolo dimostra tuttavia che non sempre il predetto equilibrio tra le due attività è stato mantenuto a livello di singola azienda ove è riscontrabile la prevalenza di alcune prestazioni rese in regime di libera professione che, viceversa, non viene rilevata con i dati aggregati a livello regionale.

Peraltro, Agenas - deputata al monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria - ha già rilevato per l'esame di ecografia ginecologica uno sfioramento del rapporto sia per l'anno 2019 che per l'anno 2020⁵⁸.

3.3.6 Monitoraggi

Alla richiesta di riferire sul sistema di monitoraggio adottato per il controllo dei tempi di attesa come previsto dal PRGLA e dal Piano sanitario integrato 2018-2020, la Regione si è limitata a confermare l'istituzione dell'“*Osservatorio regionale sul controllo dei tempi di attesa*”, affermando che nel corso degli incontri tenuti in tale sede sono stati analizzati i dati e condivise le strategie per l'abbattimento delle liste di attesa.

E' stato inoltre fornito l'accesso (tramite *link*) alla banca dati sul “*Monitoraggio dell'attività specialistica ambulatoriale regionale*”, dove dal 2020 sono rilevati con frequenza bisettimanale, i dati relativi alle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali riferite ai diversi ambiti di garanzia territoriale con l'indicazione del rapporto percentuale tra le prenotazioni fornite entro i tempi stabiliti e il totale delle prenotazioni accettate dal sistema, come richiesto dal PRGLA per la verifica del rispetto dei tempi massimi di attesa.

Gli stessi dati sono consultabili anche sul sito istituzionale della Regione con rilevazioni settimanali (fino alle ultime 6 settimane).

Come precisato dalla Regione, la rilevazione, alimentata dal flusso informatico TAT trasmesso mensilmente dalle aziende, ha ad oggetto le prestazioni di primo accesso con classe di priorità U B e D (in caso di mancata indicazione del codice si considerano i tempi previsti per la classe D).

Con riferimento alle AOU Senese, Pisana (dal 2020) e all'AOU Careggi e alla Fondazione Toscana G. Monasterio (dal 2021) sono rilevati anche le prestazioni con classe di priorità P, anche in questo caso con i tempi previsti per la classe D.

⁵⁸ Cfr. Report dei monitoraggi nazionali ex ante dei tempi di attesa per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) – Anno 2020, pag. 132.

Si osserva al riguardo che, a differenza di quanto stabilito per il monitoraggio ex ante previsto dal PRGLA, le rilevazioni esposte, comprendono anche le prestazioni di priorità U le cui risultanze vanno quindi a sommarsi a quelle delle altre classi ai fini della determinazione dei tempi massimi. Il sistema, per come accessibile all'esterno, non consente infatti di distinguere le prestazioni per classe di priorità, scomponendo i dati sul rispetto dei tempi rispetto a ciascuna di esse.

In sede di controdeduzioni, la Regione ha precisato al riguardo che nel database regionale le informazioni sono già riportate e che saranno aggiornate anche sul sito istituzionale.

Nella stessa banca dati, come accennato in precedenza, è rilevato il numero delle prescrizioni delle prestazioni ambulatoriali emesse dai soggetti autorizzati nel medesimo periodo quindicinale, con l'indicazione dell'incidenza percentuale sulle stesse del totale delle prenotazioni nel medesimo periodo (c.d. indice di cattura).

Nulla è stato invece riferito o trasmesso sugli ulteriori monitoraggi previsti dal PRGLA e demandati all'Osservatorio.

3.3.7 Sistema di responsabilità

Per la verifica del rispetto dei tempi di attesa ai fini della valutazione del conseguimento degli obiettivi dei Direttori generali delle aziende, richiesto dal PRGLA, la Regione riferisce di avvalersi degli indicatori utilizzati nel "*Sistema di valutazione delle performance della sanità Toscana*" elaborato per conto della stessa Regione dall'Università Sant'Anna di Pisa.

Gli indicatori considerati a tal fine⁵⁹ sono costruiti sulla base di criteri sostanzialmente analoghi a quelli utilizzati per il monitoraggio ex ante dei tempi di attesa previsto dal PRGLA (i.e., rapporto tra prenotazioni entro i termini e il totale delle prenotazioni di primo contatto registrate nella settimana dal 16 novembre al 15 dicembre dell'anno del bersaglio).

Non sembra quindi siano per il momento impiegati per la valutazione dei Direttori gli indicatori basati sull'indice di cattura che dal 2020 sono tuttavia forniti all'interno del Sistema.

⁵⁹ Fino al 2019 sono considerati i seguenti indicatori definiti sulla base dei flussi informativi (flusso Tat) provenienti dalle aziende: i) percentuale di prime visite specialistiche con prima disponibilità entro 15 gg per zona e AOU di prenotazione (riferita a 6 visite); ii) percentuale di prestazioni diagnostiche con prima disponibilità entro 60 gg per zona e AOU di prenotazione (riferita a 6 esami); iii) percentuale di ecografie con prima disponibilità entro 30 gg per zona e AOU di prenotazione.

Dal 2020 sono considerati i seguenti indicatori: i) percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite); ii) percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica).

3.3.8 Criticità rilevate nell'attuazione del PRGLA

L'analisi sopra riportata, sulla base delle informazioni fornite dalla Regione nel corso dell'istruttoria, conferma che il processo di attuazione del PRGLA, avviato dal 2019, presenta tutt'ora delle carenze che inevitabilmente si ripercuotono sulla capacità del Servizio sanitario regionale di garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie a tutti i richiedenti ed entro i tempi massimi stabiliti.

Hanno sicuramente influito su quest'esito anche gli effetti della pandemia da Covid-19 che ha costretto a impiegare gran parte delle risorse umane e finanziarie della sanità regionale per la cura dei pazienti ricoverati e comunque per la gestione dell'emergenza, interrompendo e limitando le prestazioni sanitarie non indifferibili, con un conseguente incremento delle liste di attesa.

Non si può tuttavia fare a meno di evidenziare talune criticità attinenti, in primo luogo, alla gestione delle prenotazioni, già rilevabili in epoca precedente alla pandemia, che richiedono di essere tempestivamente rimosse al fine di consentire al Servizio sanitario di fornire una risposta adeguata ed appropriata alle richieste di diagnosi e cura dei cittadini, a garanzia dei LEA e del diritto alla salute.

A prescindere dal ritardato inserimento di tutte le agende nel CUP, completato solo nel corso del 2022, l'aspetto più rilevante sotto questo profilo, è costituito dalla mancata attivazione o utilizzazione dei percorsi di tutela previsti dal PRGLA. Il riferimento è, in particolare, alle "preliste" o comunque ai moduli in grado di assicurare la presa in carico di tutte le richieste pervenute al sistema comprese quelle per le quali non possa essere fornita immediatamente una data di prima disponibilità entro i tempi massimi garantiti o comunque entro quelli consentiti dall'agenda di prenotazione.

Questa carenza ha determinato, e presumibilmente continua a determinare, anche per il Servizio sanitario della Toscana una serie di importanti disfunzioni che ne pregiudicano l'efficienza ai danni dei cittadini, in particolare:

- sospensioni di fatto delle prenotazioni ogniqualvolta il sistema non riesca ad assorbire tutte le richieste senza che - per quanto è dato sapere - il fenomeno sia rilevato a livello centralizzato e informatico;
- l'impossibilità di conoscere il numero delle richieste di prenotazione effettivamente giunte al sistema anche ai fini della predisposizione di un'offerta adeguata alla effettiva dimensione della domanda (fabbisogno sanitario);

- la parziale inattendibilità dei monitoraggi sul rispetto dei tempi massimi di attesa attualmente basati sul rapporto tra le prenotazioni fornite entro i tempi massimi e il totale delle prenotazioni dove non sono tuttavia considerate quelle non accettate.

Ulteriori ritardi⁶⁰ nell'implementazioni delle funzioni del CUP rispetto alle indicazioni del PRGLA non consentono alla Regione di intercettare con la dovuta tempestività ipotesi di mancata o inadeguata risposta del Servizio sanitario alla domanda dei cittadini e di provvedere di conseguenza.

Va sicuramente dato atto che la Regione Toscana, consapevole probabilmente dei limiti del sistema di governo delle liste di attesa nell'attuale fase di attuazione, ha deciso di rilevare mediante l'indice di cattura la reale dimensione della domanda non assorbita dal Servizio sanitario ed adeguare di conseguenza l'offerta, come dalla stessa confermato anche in sede di controdeduzioni.

Si deve tuttavia osservare che, questa iniziativa senza dubbio meritevole per fornire un quadro più completo e reale dello stato di efficienza della sanità regionale, non può giustificare ulteriori ritardi nella predisposizione degli strumenti per la presa in carico di tutte le richieste di prenotazione arrivate ai sistemi, scongiurando casi di blocco di liste e restituendo monitoraggi dei tempi di attesa decisamente più attendibili in quanto rilevati rispetto ad una domanda che già può essere considerata sostanzialmente completa.

3.4 Le risorse pubbliche destinate al contenimento delle liste di attesa.

L'impiego dei fondi statali.

Oltre alle risorse assicurate annualmente in via ordinaria con il Fondo sanitario nazionale (FSN), le iniziative dirette alla riduzione dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie hanno usufruito nel corso del tempo di speciali finanziamenti da parte dello Stato o da parte delle stesse regioni con entrate proprie.

Alla vigilia della definizione del nuovo Piano Nazionale la questione del governo delle liste di attesa è stata oggetto di uno specifico intervento da parte dello Stato che, con la legge di bilancio del 2019, ha autorizzato una spesa di complessivi 350 milioni nel triennio 2019-2021 da destinare alle regioni per l'implementazione dei sistemi di prenotazione elettronica in modo da consentire la riduzione dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

⁶⁰ Il riferimento è alla mancata attivazione di procedure automatiche e centralizzate di rilevazione e informazione su sospensioni delle prenotazioni, alle mancate disdette, all'eccedenza dell'attività libero professionale intramuraria sull'attività istituzionale.

L'art. 1, comma 510, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 stabilisce infatti che “per l'attivazione di interventi volti a ridurre, anche in osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa, i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie (omissis).... è autorizzata la spesa di 150 milioni di euro per l'anno 2019 e di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021”.

Demandate alla fonte regolamentare dal successivo comma 511, le modalità di ripartizione delle predette risorse tra le regioni, che si aggiungono a quelle già previste dall'art. 23-*quater* del decreto-legge 23 ottobre 2019, n. 19 per altri 50 milioni, sono state individuate dal decreto del Ministro della salute del 20 settembre 2019 adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni.

Questo prevede che le regioni siano destinatarie di una prima assegnazione nel 2019 a quota fissa uniforme, previa presentazione del programma delle attività da realizzare, quindi di assegnazioni successive con criteri basati sulla verifica di una serie di indicatori che alla fine del 2021 le porti ad essere dotate di un CUP interaziendale o regionale per la gestione di tutte le agende (pubbliche e private) di tutti gli erogatori (pubblici e privati accreditati) e di almeno 4 canali digitalizzati di accesso allo stesso CUP a disposizione dei cittadini.

Tabella 4 – Cronoprogramma finanziamenti ex l. n. 145/2018

STEP	TEMPISTICA	INDICATORI	SOMMA EROGATA
1	30/11/2019	1. Programma delle attività e relativo cronogramma coerente con il Piano regionale per il governo delle liste d'attesa, presentato e verificato	€80.000.000 pari al 20% del totale stanziato nel triennio distribuito secondo una quota fissa uniforme per regione (paria €4.210.526,32)
2	30/4/2020	2. Almeno 15% erogatori (pubblici/privati accreditati) collegati al sistema CUP interaziendale o regionale (peso 50%) 3. Almeno 50% agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP interaziendale o regionale (peso 50%)	€ 70.000.000 residuo del 2019 da ripartire sulla base della popolazione pesata
3	31/07/2020	2. Almeno 25% erogatori (pubblici/privati accreditati) collegati al sistema CUP interaziendale o regionale (peso 40%) 3. Almeno 60% agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP interaziendale o regionale (peso 40%) 4. Almeno 1 canale di accesso digitalizzati (peso 20%)	€ 75.000.000 pari al 50% delle risorse stanziato per il 2020 da ripartire sulla base della popolazione pesata
4	30/11/2020	5. Almeno 50% erogatori (pubblici/privati accreditati) collegati al sistema CUP interaziendale o regionale (peso 40%) 6. Almeno 75% agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP interaziendale o regionale (peso 40%) 7. Almeno 2 canali di accesso digitalizzati (peso 20%)	€ 75.000.000 pari al 50% delle risorse stanziato per il 2020 da ripartire sulla base della popolazione pesata
4	30/06/2021	8. Almeno 75% erogatori (pubblici/privati accreditati) collegati al sistema CUP interaziendale o regionale (peso 30%) 9. Almeno 90% agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP interaziendale o regionale (peso 30%) 10. Almeno 3 canali di accesso digitalizzati (peso 40%)	€ 50.000.000 pari al 50% delle risorse stanziato per il 2021 da ripartire sulla base della popolazione pesata
5	30/11/2021	11. 100% erogatori (pubblici/privati accreditati) collegati al sistema CUP interaziendale o regionale (peso 30%) 12. 100% agende pubbliche/private inserite nel sistema CUP interaziendale o regionale (peso 30%) 13. Almeno 4 (tra cui APP e via web dall'utente) (peso 40%)	€ 50.000.000 pari al 50% delle risorse stanziato per il 2021 da ripartire sulla base della popolazione pesata

Fonte: decreto del Ministro della salute del 20 settembre 2019

Il Decreto affida all'Osservatorio nazionale sulle liste d'attesa la verifica degli obiettivi di digitalizzazione secondo i criteri stabiliti, prevedendo che la mancata realizzazione di almeno il 20 per cento degli obiettivi fissati dai criteri 2 (percentuale erogatori collegati al sistema CUP) e 3 (percentuale agende pubbliche e private inserite nel sistema CUP) e di almeno 1 dei canali digitalizzati richiesti dal criterio 4 determina l'obbligo di restituzione dell'acconto allo Stato che può procedere al relativo recupero anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti negli esercizi successivi.

Per la Toscana risultano assegnate risorse per complessivi 24.746.159 euro secondo un piano di ripartizione triennale a seguito della verifica degli obiettivi conseguiti.

Al fine di usufruire dei finanziamenti statali la Regione Toscana ha predisposto il prescritto programma delle attività da realizzare in coerenza con il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa.

Alla Regione è stata quindi destinata una prima erogazione di 4.210.526,32 euro nel 2019 corrispondente alla quota fissa, quindi successive assegnazioni per complessivi 11.939.825,72 euro nel 2020 e 10.336.005,42 euro (dove è compresa parte della quota non assegnata nel 2020).

I finanziamenti ricevuti nel corso del triennio sono stati iscritti nel bilancio regionale che al 31 dicembre 2021 riportava entrate accertate e interamente rimosse per complessivi 26.486.357,46 euro, di cui 19.223.857,03 di parte corrente⁶¹ e 7.262.500,43 di parte capitale⁶².

Tabella 5 – Entrate da finanziamenti ex art. 1, comma 510, l. n. 145/2018 (2019-2021)

		2019	2020	2021	Tot. 2019/2021
corrente	Accertato		9.577.878,58	9.645.978,45	19.223.857,03
	Riscosso C/C		9.305.208,58	9.645.978,45	18.951.187,03
	Riscosso C/R			272.670,00	272.670,00
	Da riscuotere		272.670		0,00
capitale	Accertato	4.210.526,32	2.361.947,14	690.026,97	7.262.500,43
	Riscosso C/C	4.210.526,32	2.332.667,14	690.026,97	7.233.220,43
	Riscosso C/R			29.280,00	29.280,00
	Da riscuotere		29.280,00		0,00
TOTALE	Accertato	4.210.526,32	11.939.825,72	10.336.005,42	26.486.357,46
	Riscosso C/C	4.210.526,32	11.637.875,72	10.336.005,42	26.184.407,46
	Riscosso C/R	0,00	0,00	301.950,00	301.950,00
	Da riscuotere	0,00	301.950,00	0,00	0,00

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati dei rendiconti della Regione Toscana

⁶¹ Capitolo n. 22581 "Fondo per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche – Entrate correnti".

⁶² Capitolo n. 42570 "Fondo per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche – Entrate in conto capitale".

In corrispondenza delle entrate sopra indicate sono state iscritte, nel medesimo periodo, spese di pari ammontare interamente impegnate e ugualmente ripartite tra la parte corrente⁶³ e la parte capitale⁶⁴.

Al 31 dicembre 2021 tuttavia i pagamenti effettuati risultano di soli 3.955.528,85 euro riferibili alle spese correnti e pari a nemmeno il 15 per cento degli impegni totali, con la conseguente formazione di residui passivi da riportare nel bilancio 2022 per 22.530.828,61 euro. Si deve peraltro precisare che la maggior parte degli impegni non pagati sono stati assunti senza l'individuazione del beneficiario/creditore secondo una prassi che la Regione impiega per garantire il rispetto dell'obbligo di integrale impegno delle spese del perimetro sanitario richiesto dall'art. 20 del d.lgs. 118/2011, anche quando non sia stato avviato il programma di spesa entro la fine dell'esercizio.

Si tratta quindi di impegni "tecnici" a cui non corrisponde alcuna obbligazione giuridicamente perfezionata che attesti l'esistenza di un impiego attuale dei finanziamenti ricevuti (ad esempio a seguito dell'aggiudicazione di contratti per l'esecuzione di lavori o per la prestazione di beni o servizi coerenti con la finalità degli stessi). Questi, dunque, continuano ad essere registrati nel bilancio regionale, come impegni e successivamente residui passivi "generici" fino al momento in cui vengono "partitati" ossia riferiti a singoli beneficiari a volte direttamente all'atto del pagamento.

Del resto, anche i pagamenti già effettuati al 31 dicembre 2021 comprendono, oltre a corrispettivi a favore di imprese private per le prestazioni di servizi informatici e di manutenzione dei sistemi, anche trasferimenti ad ESTAR di oltre un milione di euro, per lo svolgimento di attività finalizzate allo sviluppo delle infrastrutture tecnologiche del Servizio sanitario regionale che risultano tutt'ora in corso di esecuzione.

La tabella seguente riporta le spese relative ai finanziamenti statali risultanti dal bilancio regionale alla chiusura dell'esercizio 2021, specificando gli impegni assunti ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011.

⁶³ Capitoli n. 62723 "Spese per la gestione e il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche inerenti fascicolo sanitario elettronico"; n. 62724 "Spese di gestione e adeguamento software"; n. 62725 "spese di gestione ed adeguamento hardware"; n. 62777 "Spese di gestione ed adeguamento hardware" n. 62778 "spese di gestione e adeguamento software - trasferimenti a enti pubblici"; n. 62781 "Spese di gestione e adeguamento software"; n. 62786 "Spese per la gestione e il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche inerenti fascicolo sanitario elettronico"; n. 62790 "Spese di gestione e adeguamento software".

⁶⁴ Capitoli n. 26908 "Spese per l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche"; n. 26910 "Acquisto e sviluppo software"; n. 26913 "Acquisto hardware".

Tabella 6 - Spese su finanziamenti ex art. 1, comma 510, l. n. 145/2018 (2019-2021)

		2019	2020	2021	Tot. 2019/2021
corrente	Impegnato		9.577.878,58	9.645.978,45	19.223.857,03
	di cui ex art. 20		8.339.973,28	4.463.028,58	12.803.001,86
	Pagato C/C		531.509,30	2.733.490,27	3.264.999,57
	Pagato C/R			690.529,28	690.529,28
	Da pagare		9.046.369,28	6.912.488,18	15.268.328,18
capitale	Impegnato	4.210.526,32	2.361.947,14	690.026,97	7.262.500,43
	di cui ex art. 20		2.332.667,14	566.154,50	2.898.821,64
	Pagato C/C				0,00
	Pagato C/R			0,00	0,00
	Da pagare	4.210.526,32	2.361.947,14	690.026,97	7.262.500,43
TOTALE	Impegnato	4.210.526,32	11.939.825,72	10.336.005,42	26.486.357,46
	di cui ex art. 20	0,00	10.672.640,42	5.029.183,08	15.701.823,50
	Pagato C/C	0,00	531.509,30	2.733.490,27	3.264.999,57
	Pagato C/R	0,00	0,00	690.529,28	690.529,28
	Da pagare	4.210.526,32	11.408.316,42	7.602.515,15	22.530.828,61

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati dei rendiconti della Regione Toscana

I dati esposti confermano che, nonostante i formali impegni, la quasi totalità delle risorse assegnate dallo Stato risulta ancora inutilizzata per gli interventi di implementazione delle strutture tecnologiche secondo il programma regionale delle attività.

La Regione ha riferito in corso di istruttoria di aver previsto l'impiego delle risorse di cui all'art. 1, comma 510, della legge n. 145/2018 per la creazione di una piattaforma informatica in Cloud dell'intero Servizio sanitario regionale, attraverso l'unificazione delle strutture tecnologiche e dei diversi sistemi di software tutt'ora esistenti, compresi quelli dedicati alla prenotazione delle prestazioni specialistiche.

Agli adempimenti necessari per la realizzazione dell'opera che si inserisce nel più ampio progetto del "Sistema Cloud Toscana" concorre, oltre alla stessa Regione, anche ESTAR cui sono già stati assegnati parte dei finanziamenti statali.

Appare evidente dall'analisi effettuata che la progressiva implementazione del sistema CUP che ha dato accesso ai finanziamenti statali sia stata realizzata senza il diretto impiego di questi ultimi rispetto ai quali fino a tutto il 2021 non si riscontrano impegni effettivi e pagamenti se non in minima parte.

Non si può quindi fare a meno di rilevare come la destinazione di tali finanziamenti a ulteriori spese di rinnovo e miglioramento delle infrastrutture tecnologiche non si sia tradotta nel triennio considerato in concreti programmi di spesa comunque finalizzati alla riduzione delle liste di attesa in coerenza con lo scopo della legge statale.

In sede di controdeduzioni la Regione, dopo aver confermato che tutti gli indicatori di risultato cui era legata l'erogazione del finanziamento ministeriale sono stati soddisfatti entro i termini stabiliti

dal DM 29 agosto 2019, ha riferito che già a fine 2021 aveva trovato destinazione oltre il 52 per cento del finanziamento assegnato.

La restante parte ha trovato invece destinazione in tre successivi interventi inseriti nella programmazione regionale acquisti 2022-2023, di cui gli ultimi due troveranno piena attuazione nel 2023.

La stessa Regione precisa al riguardo che, data la rilevanza degli importi è stato necessario attendere le effettive erogazioni da parte del Ministero.

La Sezione, nel prendere atto di quanto dichiarato, ribadisce che, a fronte della programmazione regionale, con la destinazione dei fondi statali non si riscontrano a fine 2021 significativi impegni di spesa rispetto a somme interamente incassate, come attestato dai dati del rendiconto 2021.

Si deve pertanto rilevare anche in questo contesto la difficoltà della Regione a procedere ad un tempestivo utilizzo dei fondi sanitari, già più volte accertato da questa stessa Sezione in sede di parificazione del rendiconto regionale. Non risultano poi nel periodo oggetto della presente indagine interventi per la riduzione dei tempi di attesa finanziati dalla Regione con risorse proprie, aggiuntive rispetto a quelle statali.

La Regione ha confermato in sede istruttoria di aver assunto nel corso del tempo diverse iniziative al riguardo, fornendo indicazioni e assegnando obiettivi di recupero dei tempi di attesa alle aziende sanitarie, senza tuttavia fornire alle stesse alcun incremento delle assegnazioni finanziarie da destinare allo scopo.

In particolare, con la deliberazione di giunta n. 750 del 2 luglio 2018 è stato approvato il documento contenente *“Linee di indirizzo per la programmazione e l’accesso ai percorsi ambulatoriali”* con il dichiarato proposito di dare una risposta strategica al problema delle liste di attesa.

Per la realizzazione delle misure indicate è stato definito un budget di 10 milioni finanziato con le disponibilità del capitolo di bilancio 24136 *“Interventi istituzionali in sanità”*. Non si tratta tuttavia, come riconosciuto dalla stessa Regione, di risorse aggiuntive, bensì di risorse già comprese nel Fondo sanitario indistinto e *“finalizzate”* a questo specifico scopo, ma che sarebbero state comunque destinate alle aziende sanitarie per assicurare i Livelli essenziali di assistenza.

La Regione, del resto, non ha fornito alcun riscontro sulla ripartizione e sull’effettivo impiego di tale somma, ammettendo che in un contesto in cui da anni il SSR manifesta non poche difficoltà a mantenere l’equilibrio economico la finalizzazione delle risorse nel senso voluto dalla deliberazione citata appaia *“più virtuale che reale”*.

Ancora con la successiva deliberazione di giunta n. 1457 del 17 dicembre 2018, sono stati approvati *“progetti aziendali di riorganizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per l’abbattimento delle liste d’attesa”* che prevedono un numero di prestazione aggiuntive da assicurare in un determinato periodo con la quantificazione dei relativi costi.

È espressamente previsto tuttavia che le misure realizzate per il conseguimento degli obiettivi programmati non comportino oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

4. Il fenomeno delle liste di attesa nella Regione Toscana nel periodo 2017-2021.

4.1 Premessa

Si procede nel seguente capitolo alla descrizione del fenomeno delle liste (e dei tempi) di attesa nel Servizio sanitario regionale della Toscana nel periodo 2017-2021 attraverso l'esposizione e l'analisi dei dati acquisiti in corso di istruttoria riferiti alle prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e accertamenti diagnostici).

Muovendo dai dati sui volumi delle prescrizioni e delle prenotazioni rilevate nel periodo, si intende rappresentare in primo luogo la dimensione e l'evoluzione, rispettivamente, della domanda di prestazioni sanitarie da parte dei cittadini e dell'offerta delle medesime prestazioni che il Servizio sanitario deve (o dovrebbe) garantire attraverso il sistema delle liste di attesa nel rispetto delle disposizioni del PRGLA.

Si prosegue quindi con l'esame, per ciascuna prestazione considerata, dei tempi medi di attesa elaborati dalla Regione e, di seguito, delle percentuali di prenotazioni garantite entro i termini massimi, dando conto, sulla base dei criteri utilizzati per il monitoraggio ex ante (indicatore TAT), del conseguimento o meno della soglia minima di garanzia richiesta dal PRGLA.

Si conclude infine con la rilevazione, sempre per ciascuna prestazione, del c.d. "indice di cattura" dato dal rapporto tra il totale delle prenotazioni e il totale delle prescrizioni, quale indicatore del livello di domanda assorbita dall'offerta garantita dal Servizio sanitario e, sintomo, in alcuni e determinati casi, di una possibile sospensione delle prenotazioni (c.d. blocco liste) che preclude l'accesso dei richiedenti alle visite e agli esami prescritti.

Si ritiene opportuno premettere sin d'ora alcune precisazioni sui metodi e i criteri adottati dalla Sezione nelle rilevazioni e nelle esposizioni dei dati.

Va detto innanzitutto che la scelta del periodo temporale dell'indagine non ha potuto prescindere dalla considerazione degli effetti della pandemia da Covid-19 sulla gestione delle liste di attesa manifestatisi a partire da marzo 2020, come sottolineato anche dalla Regione in sede di controdeduzioni.

Non c'è dubbio, infatti, che la sospensione delle prestazioni da parte delle strutture sanitarie con la conseguente contrazione delle prescrizioni e delle prenotazioni renda i dati del biennio 2020-

2021 difficilmente raffrontabili a quelli del periodo precedente, agli effetti della rilevazione dello stato e dell'evoluzione dei tempi di attesa.

Per questo motivo si è ritenuto di riferire l'indagine ad un arco di tempo quinquennale che va dal 2017 al 2021, distinguendo nelle singole analisi il periodo (pre-Covid) 2017-2019 di gestione ordinaria dal periodo 2020-2021 di gestione straordinaria delle liste, condizionato, come è noto, dalla necessità di recupero delle prestazioni sospese.

Va poi precisato che tutte le rilevazioni fanno riferimento ad un totale di 50 prestazioni (17 visite specialistiche e 33 accertamenti diagnostici) corrispondenti all'elenco oggetto di monitoraggio fino al 2018 e parzialmente rielaborato dalla Regione. Non sono quindi considerate le ulteriori prestazioni sottoposte a monitoraggio a partire dal 2019 con l'introduzione del nuovo PRGLA per le quali non sono disponibili i dati degli anni precedenti.

Si tratta in ogni caso di sole prestazioni di primo accesso per le classi di priorità U, B, D (e P limitatamente ad alcune aziende) e relativi tempi massimi. Rispetto dunque ai criteri stabiliti per il monitoraggio ex ante previsto le rilevazioni esposte, comprendono anche le prestazioni di priorità U.

Il numero delle prestazioni prescritte, utilizzato per l'analisi della domanda e per la determinazione dell'indice di cattura è ricavato dalle prescrizioni emesse in forma elettronica (dematerializzata o elettronica non dematerializzata) che affluiscono alla banca dati regionale. Il valore fornito non può quindi tenere conto delle prescrizioni effettuate con ricetta cartacea il cui utilizzo, come riferito dalla Regione, si è tuttavia progressivamente ridotto sino a divenire del tutto trascurabile a partire dal 2020.

I dati delle prescrizioni del 2017 del 2018 e in misura minore anche del 2019 sono quindi verosimilmente sottostimati per la parte corrispondente alle ricette cartacee non rilevate. Nel confronto fra prescrizioni e prenotazioni, pertanto, il valore delle prime è stato adeguato a quello delle seconde nei casi in cui il corrispondente dato sia risultato inferiore.

Il numero delle prestazioni prenotate è ricavato dalle prenotazioni rilevate dal flusso informatico TAT acquisito periodicamente nel database regionale che fornisce anche la distinzione tra le prenotazioni effettuate entro ed oltre i tempi massimi garantiti, calcolati come differenza tra la data di primo contatto (attraverso tutti i canali CUP) e la data di prenotazione proposta e accettata dal richiedente, rispetto alle prestazioni ambulatoriali e per le classi di priorità sopra indicate.

Si deve precisare al riguardo che **per il calcolo dell'indice TAT** dato, come sopra accennato, dal rapporto percentuale tra il numero di prenotazioni entro i termini e il numero prenotazioni totali

e che costituisce l'indicatore "ufficiale" del rispetto dei tempi di attesa secondo il monitoraggio ex ante prescritto dal PRGLA sono considerate esclusivamente le prenotazioni entro lo stesso ambito di garanzia territoriale; viceversa **per il calcolo dell'indice di cattura**, ovverossia del rapporto tra il numero delle prescrizioni e il numero delle prenotazioni totali, utilizzato autonomamente dalla Regione per la stima della domanda, sono considerati anche le prenotazioni al di fuori dell'ambito di garanzia territoriale.

Infine, **i dati sui tempi medi di attesa**, anch'essi rilevati autonomamente dalla Regione, sono calcolati considerando il tempo medio tra la data di contatto e la prima data proposta (non assegnata come per l'indicatore TAT) ponderato per il numero di prenotazioni, considerando sempre le prenotazioni nello stesso ambito territoriale di garanzia.

4.2 Domanda e offerta delle prestazioni ambulatoriali: un'analisi di contesto.

Come rappresentato nel capitolo 2, il fenomeno dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie risulta influenzato dalle dinamiche della domanda di tali servizi da parte dei cittadini-pazienti e dell'offerta degli stessi ad opera del Servizio sanitario regionale. Il *mismatching* tra la domanda, legata in particolare alle esigenze, alla composizione e ai comportamenti della popolazione di riferimento, e l'offerta, che invece risulta limitata dalla disponibilità di risorse finanziarie e condizionata da fattori organizzativi, determina, in via aggregata, il fenomeno delle "liste di attesa" (in via esemplificativa il numero di pazienti in attesa di erogazione della prestazione) e, di conseguenza, condiziona i tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Al fine di ricostruire la dinamica delle due variabili nell'ambito regionale toscano, può farsi riferimento, per quanto concerne la domanda, all'andamento delle prescrizioni mediche per esami di diagnostica e per visite specialistiche⁶⁵, mentre, sul fronte dell'offerta, possono essere utilizzati i dati relativi alle prenotazioni effettuate nel sistema CUP⁶⁶. Più in dettaglio, sul fronte della domanda, i dati forniti in sede istruttoria dalla Regione Toscana mettono in luce come, nel periodo 2017-2021 oggetto di esame, le prescrizioni per esami ambulatoriali siano cresciute in misura

⁶⁵ Per il triennio 2017-2019 le prescrizioni sono state, in alcuni casi, sottoposte ad una stima, in quanto il dato comprende solo le ricette dematerializzate ed elettroniche, mentre nel triennio citato si registra ancora un elevato utilizzo di ricette cartacee.

⁶⁶ Un'ulteriore e più appropriata *proxy* dell'offerta è costituita dal dato delle effettive erogazioni di prestazioni sanitarie nell'intervallo temporale di riferimento. Nel caso della Regione Toscana, tuttavia, tale dato non risulta utilizzabile in quanto i sistemi regionali non consentono di differenziare tra prestazioni relative a richieste di primo accesso – confrontabili con il dato delle prescrizioni costituenti la domanda – e prestazioni successive, estranee invece all'oggetto della presente indagine.

consistente (di oltre 1 milione), passando da 3,8 milioni del 2017 a circa 4,9 milioni del 2021 (+28,3 per cento). La variazione positiva quinquennale è stata particolarmente intensa per le prescrizioni della categoria delle visite specialistiche (+38,9 per cento, passate da 1,5 a 2,1 milioni) e più contenuta, ma comunque rilevante, per quelle relative agli accertamenti diagnostici (+21,2 per cento, passati da 2,3 a 2,8 milioni). L'esame degli andamenti annuali, nel quinquennio di riferimento, evidenzia una crescita nel 2018, seguita da una sostanziale stabilità nel 2019, per poi mostrare una forte contrazione nel 2020, anno segnato dalle restrizioni della pandemia, più che compensata dalla successiva ripresa nel 2021. Tale dinamica di crescita tendenziale, pur scontando una differente qualità dei dati sulle prescrizioni (come detto, fino al 2020 non informatizzate e pertanto con ogni probabilità sottostimate rispetto al dato reale), indica l'esigenza di intervenire più incisivamente sul versante delle politiche di contenimento della domanda, per accrescerne l'efficacia in termini di appropriatezza prescrittiva.

Tabella 7 – Andamento delle prescrizioni per prestazioni sanitarie 2017-2021

Prestazioni	Prescrizioni				
	2017*	2018*	2019*	2020	2021
Altri Test Cardiovascolari Da Sforzo	617	781	1.436	1.384	1.834
Colonscopia	71.359	83.737	93.169	81.028	106.968
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	125.381	147.261	162.963	135.541	175.296
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	126.455	137.656	146.969	109.618	147.118
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	108.563	124.755	135.149	110.866	156.027
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	289.953	340.104	358.784	313.197	403.801
Ecografia Della Mammella	85.338	98.469	106.258	101.206	126.509
Ecografia Ginecologica	4.760	6.427	8.088	6.108	7.447
Elettrocardiogramma	345.322	367.508	350.805	252.767	311.471
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	49.554	59.157	65.605	55.944	75.752
Elettromiografia Per Tunnel Carpale	3	481	3.357	4.471	7.970
Elettromiografia Standard	50	1.032	4.730	7.699	21.267
Esame Audiometrico Tonale	40.504	44.307	42.952	26.309	36.759
Esame Del Fundus Oculi	32.120	33.646	33.098	23.444	32.882
Esofago-Gastroduodenoscopia	56.730	67.510	73.018	63.387	83.442
Mammografia	118.282	132.195	133.199	117.379	147.994
Rm Addome Inferiore	6.113	7.277	8.434	8.671	11.694
Rm Colonna	80.860	98.095	113.677	107.580	156.933
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	47.270	54.642	64.647	61.703	86.829
Rm Muscoloscheletrica	75.411	83.654	100.173	92.347	132.604
Sigmoidoscopia (Colonscopia Sinistra) Con Endoscopia Flessibile	955	1.134	1.347	1.350	1.590
Spirometria Globale	48.635	49.312	53.323	34.814	58.944
Spirometria Semplice	9.748	10.900	11.741	8.473	19.231
Tc Addome	75.018	78.741	87.453	89.928	108.994
Tc Capo	37.136	40.700	45.739	45.015	57.286
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	1.336	1.312	1.396	1.392	2.012
Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	12.553	13.421	14.585	13.473	18.281
Tc Torace	85.926	90.927	106.180	110.659	141.287
Test Cardiovascolare Da Sforzo Con Pedana Mobile O Cicloergometro	29.479	30.133	31.510	22.539	31.256
Visita Allergologica	30.741	42.339	47.892	35.369	61.233
Visita Cardiologica	161.912	204.417	227.019	205.395	289.172
Visita Chirurgica	80.858	87.071	81.411	59.340	77.874
Visita Chirurgica Vascolare	18.071	18.071	18.995	15.613	19.984
Visita Dermatologica	190.557	245.302	258.844	199.920	278.735
Visita Endocrinologica	44.030	60.021	67.111	58.500	83.601
Visita Fisiatrica	47.201	53.350	57.986	46.945	63.239

Visita Gastroenterologica	27.892	32.968	36.493	31.863	46.527
Visita Ginecologica	130.924	125.560	117.074	78.510	105.216
Visita Neurologica	74.617	85.385	90.370	75.754	103.051
Visita Oculistica	271.816	294.420	310.784	246.059	329.360
Visita Oncologica	28.820	25.528	30.736	27.204	30.936
Visita Ortopedica	133.142	171.964	183.049	150.207	198.312
Visita Otorinolaringoiatrica	145.301	181.270	191.019	145.915	183.984
Visita Pneumologica	38.596	54.021	62.122	49.907	78.234
Visita Reumatologica	29.238	39.858	42.285	36.260	52.018
Visita Urologica	58.549	79.195	86.301	74.098	99.172
Totale Al Netto Prestazioni Non Misurabili	3.477.696	4.006.014	4.269.276	3.545.151	4.770.126
Eco(Color)Dopplergrafia Cardiaca**	131.727	134.057	32.321	30.213	49.231
Ecografia Ostetrica**	109.252	115.276	17.062	19.126	24.583
Elettromiografia Semplice**	84.374	80.268	42.901	31.402	33.993
Fotografia Del Fundus**	890	2.718	1.651	874	1.343
Totale Accertamenti Diagnostici	2.291.674	2.537.593	2.453.720	2.089.907	2.778.628
Totale Visite Specialistiche	1.512.265	1.800.740	1.909.491	1.536.859	2.100.648
Totale Complessivo	3.803.939	4.338.333	4.363.211	3.626.766	4.879.276

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana.

* Per il triennio 2017-2019 il dato è stato sottoposto ad una stima adeguandolo al volume delle prenotazioni corrispondenti nel caso queste ultime fossero state maggiori delle relative prescrizioni. Ciò in quanto in tale periodo risultava ancora elevato l'utilizzo delle ricette cartacee, non computate nel presente studio. Il dato analizzato in questa sede prende in considerazione, infatti, solo le ricette dematerializzate ed elettroniche.

** Per tali quattro prestazioni il dato può risultare sottostimato dalla circostanza che le stesse possono essere esenti da prescrizioni.

Tale evoluzione si è tradotta anche in una diversa composizione interna della domanda per prescrizioni mediche, con una riduzione di 3,3 punti percentuali di quelle legate alla diagnostica (cfr. tab. 8), passate dal 60,2 al 56,9 per cento, ed una corrispondente espansione di quelle per visite specialistiche, salite dal 39,8 al 43,1 per cento (cfr. tab. 9).

Tabella 8 – Variazioni delle prescrizioni per prestazioni sanitarie 2017-2021

	Var. 2018/17	Var. 2019/18	Var. 2020/19	Var. 2021/20	Var. 2021/17
Totale della diagnostica	10,7%	-3,3%	-14,8%	33,0%	21,2%
Totale visite specialistiche	19,1%	6,0%	-19,5%	36,7%	38,9%
Totale complessivo	14,0%	0,6%	-16,9%	34,5%	28,3%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

Tabella 9 - Incidenza delle prescrizioni per tipo di prestazione sul totale annuo (2017-2021)

Prestazioni	Prescrizioni				
	2017	2018	2019	2020	2021
Altri Test Cardiovascolari Da Sforzo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Colonscopia	1,9%	1,9%	2,1%	2,2%	2,2%
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	3,3%	3,4%	3,7%	3,7%	3,6%
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	3,3%	3,2%	3,4%	3,0%	3,0%
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	2,9%	2,9%	3,1%	3,1%	3,2%
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	7,6%	7,8%	8,2%	8,6%	8,3%
Ecografia Della Mammella	2,2%	2,3%	2,4%	2,8%	2,6%
Ecografia Ginecologica	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
Elettrocardiogramma	9,1%	8,5%	8,0%	7,0%	6,4%
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	1,3%	1,4%	1,5%	1,5%	1,6%
Elettromiografia Per Tunnel Carpale	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%
Elettromiografia Standard	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%
Esame Audiometrico Tonale	1,1%	1,0%	1,0%	0,7%	0,8%
Esame Del Fundus Oculi	0,8%	0,8%	0,8%	0,6%	0,7%
Esofago-Gastroduodenoscopia	1,5%	1,6%	1,7%	1,7%	1,7%
Mammografia	3,1%	3,0%	3,1%	3,2%	3,0%
Rm Addome Inferiore	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Rm Colonna	2,1%	2,3%	2,6%	3,0%	3,2%
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	1,2%	1,3%	1,5%	1,7%	1,8%
Rm Muscoloscheletrica	2,0%	1,9%	2,3%	2,5%	2,7%
Sigmoidoscopia (Colonscopia Sinistra) Con Endoscopio Flessibile	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Spirometria Globale	1,3%	1,1%	1,2%	1,0%	1,2%
Spirometria Semplice	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%
Tc Addome	2,0%	1,8%	2,0%	2,5%	2,2%
Tc Capo	1,0%	0,9%	1,0%	1,2%	1,2%
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
Tc Torace	2,3%	2,1%	2,4%	3,1%	2,9%
Test Cardiovascolare Da Sforzo Con Pedana Mobile O Cicloergometro	0,8%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%
Visita Allergologica	0,8%	1,0%	1,1%	1,0%	1,3%
Visita Cardiologica	4,3%	4,7%	5,2%	5,7%	5,9%
Visita Chirurgica	2,1%	2,0%	1,9%	1,6%	1,6%
Visita Chirurgica Vascolare	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Visita Dermatologica	5,0%	5,7%	5,9%	5,5%	5,7%
Visita Endocrinologica	1,2%	1,4%	1,5%	1,6%	1,7%
Visita Fisiatrica	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%
Visita Gastroenterologica	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%
Visita Ginecologica	3,4%	2,9%	2,7%	2,2%	2,2%
Visita Neurologica	2,0%	2,0%	2,1%	2,1%	2,1%
Visita Oculistica	7,1%	6,8%	7,1%	6,8%	6,8%
Visita Oncologica	0,8%	0,6%	0,7%	0,8%	0,6%
Visita Ortopedica	3,5%	4,0%	4,2%	4,1%	4,1%
Visita Otorinolaringoiatrica	3,8%	4,2%	4,4%	4,0%	3,8%
Visita Pneumologica	1,0%	1,2%	1,4%	1,4%	1,6%
Visita Reumatologica	0,8%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%
Visita Urologica	1,5%	1,8%	2,0%	2,0%	2,0%
Totale Al Netto Prestazioni Non Misurabili	91,4%	92,3%	97,8%	97,7%	97,8%
Eco(Color)Dopplergrafia Cardiaca	3,5%	3,1%	0,7%	0,8%	1,0%
Ecografia Ostetrica	2,9%	2,7%	0,4%	0,5%	0,5%
Elettromiografia Semplice	2,2%	1,9%	1,0%	0,9%	0,7%
Fotografia Del Fundus	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale della diagnostica	60,2%	58,5%	56,2%	57,6%	56,9%
Totale visite specialistiche	39,8%	41,5%	43,8%	42,4%	43,1%
Totale complessivo	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

Volgendo l'attenzione al lato dell'offerta, i dati acquisiti in sede istruttoria mettono in evidenza una contrazione complessiva nel quinquennio 2017-2021; le prenotazioni passano da 3,5 a 3,4 milioni (cfr. tab. 10), con una riduzione del 5,1 per cento (cfr. tab. 11).

Tabella 10 – Prenotazioni di visite ambulatoriali 2017-2021

Prestazioni	2017	2018	2019	2020	2021
Altri Test Cardiovascolari Da Sforzo	345	266	12	2	103
Colonscopia	63.962	68.530	69.378	53.417	68.088
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	86.783	89.190	96.642	72.105	88.549
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	113.720	119.134	123.230	90.763	103.582
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	98.620	100.279	107.507	81.552	98.075
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	232.519	236.860	250.751	181.589	217.615
Ecografia Della Mammella	69.908	63.213	59.652	39.903	45.516
Ecografia Ginecologica	4.760	5.321	6.137	4.113	3.884
Elettrocardiogramma	345.322	367.508	350.805	252.411	297.663
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	43.323	44.278	46.808	33.410	43.764
Elettromiografia Per Tunnel Carpale	0	0	345	1.063	2.485
Elettromiografia Standard	0	0	630	1.406	4.715
Esame Audiometrico Tonale	40.504	44.307	42.952	25.495	32.425
Esame Del Fundus Oculi	30.670	32.611	33.079	21.504	26.378
Esofago-Gastroduodenoscopia	40.592	45.737	47.556	36.983	47.832
Mammografia	105.809	108.582	133.199	82.223	92.416
Rm Addome Inferiore	6.113	6.774	7.498	5.830	7.163
Rm Colonna	62.682	68.717	79.431	67.106	87.104
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	47.270	49.602	56.554	43.783	55.193
Rm Muscoloscheletrica	53.280	53.635	64.618	56.835	71.154
Sigmoidoscopia (Colonscopia Sinistra) Con Endoscopio Flessibile	947	952	846	421	739
Spirometria Globale	48.635	46.428	47.011	24.154	27.539
Spirometria Semplice	9.748	10.900	11.554	6.960	10.259
Tc Addome	75.018	78.741	87.453	75.452	87.372
Tc Capo	37.136	40.700	43.032	35.300	42.917
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	1.336	1.312	1.276	1.084	1.374
Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	12.553	12.960	13.263	10.568	13.338
Tc Torace	85.926	90.927	102.176	88.306	111.518
Test Cardiovascolare Da Sforzo Con Pedana Mobile O Cicloergometro	29.479	27.837	27.356	16.235	19.904
Visita Allergologica	21.851	24.287	26.887	23.394	32.207
Visita Cardiologica	152.569	175.132	181.232	135.365	168.757
Visita Chirurgica	80.858	87.071	81.411	40.015	51.190
Visita Chirurgica Vascolare	18.071	18.071	18.608	12.454	14.422
Visita Dermatologica	190.557	200.194	202.661	128.912	175.867
Visita Endocrinologica	41.038	42.799	47.024	32.650	48.870
Visita Fisiatrica	47.201	49.287	52.990	36.091	44.528
Visita Gastroenterologica	27.892	32.088	28.331	20.230	26.972
Visita Ginecologica	130.924	125.560	117.074	57.624	74.733
Visita Neurologica	74.617	82.767	80.561	57.342	67.600
Visita Oculistica	271.816	287.602	287.952	184.004	234.191
Visita Oncologica	22.204	25.528	30.736	20.231	17.919
Visita Ortopedica	122.777	125.528	135.819	92.533	120.917
Visita Otorinolaringoiatrica	145.301	166.034	158.639	100.620	130.582
Visita Pneumologica	38.596	41.961	44.993	31.936	43.843
Visita Reumatologica	25.897	27.394	27.323	23.045	32.183
Visita Urologica	56.314	65.777	68.256	49.927	61.574
Totale Al Netto Prestazioni Non Misurabili	3.215.443	3.392.381	3.501.248	2.456.346	3.055.019
Eco(Color)Dopplergrafia Cardiaca	131.727	134.057	139.563	116.888	142.111
Ecografia Ostetrica	109.252	115.276	106.513	102.823	107.601
Elettromiografia Semplice	84.374	80.268	73.177	48.810	51.549
Fotografia Del Fundus	618	2.718	2.819	2.196	2.814
Totale della diagnostica	2.072.931	2.147.620	2.232.823	1.680.690	2.012.739
Totale visite specialistiche	1.468.483	1.577.080	1.590.497	1.046.373	1.346.355
Totale complessivo	3.541.414	3.724.700	3.823.320	2.727.063	3.359.094

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana. Il dato delle prenotazioni corrisponde ai volumi di prestazioni prenotate nello stesso anno, anche oltre l'ambito territoriale di garanzia, comprese quelle riferite al privato accreditato ed esclusa la libera professione.

Tabella 11 - Variazioni delle prenotazioni per prestazioni sanitarie nel periodo 2017-2021

	Var. 2018/17	Var. 2019/18	Var. 2020/19	Var. 2021/20	Var. 2021/17
Totale della diagnostica	3,6%	4,0%	-24,7%	19,8%	-2,9%
Totale visite specialistiche	7,4%	0,9%	-34,2%	28,7%	-8,3%
Totale complessivo	5,2%	2,6%	-28,7%	23,2%	-5,1%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

Il calo è particolarmente consistente per la categoria delle visite specialistiche (-8,3 per cento), mentre appare più attenuato per le prestazioni di diagnostica (-2,9 per cento). Tale risultato è sostanzialmente legato al blocco registrato nel 2020 (-28,7 per cento), dopo un biennio precedente di progressiva crescita; la ripresa messa a segno nel 2021 non è stata in grado di riportare le prenotazioni ai livelli pre-pandemia.

Per effetto di tali variazioni, la composizione delle prenotazioni vede un lieve incremento dell'incidenza delle prestazioni di diagnostica rispetto a quella delle visite specialistiche (circa 1,4 punti percentuali), come riportato nella tabella seguente.

Tabella 12 - Incidenza delle prenotazioni per tipo di prestazione sul totale annuo (2017-2021)

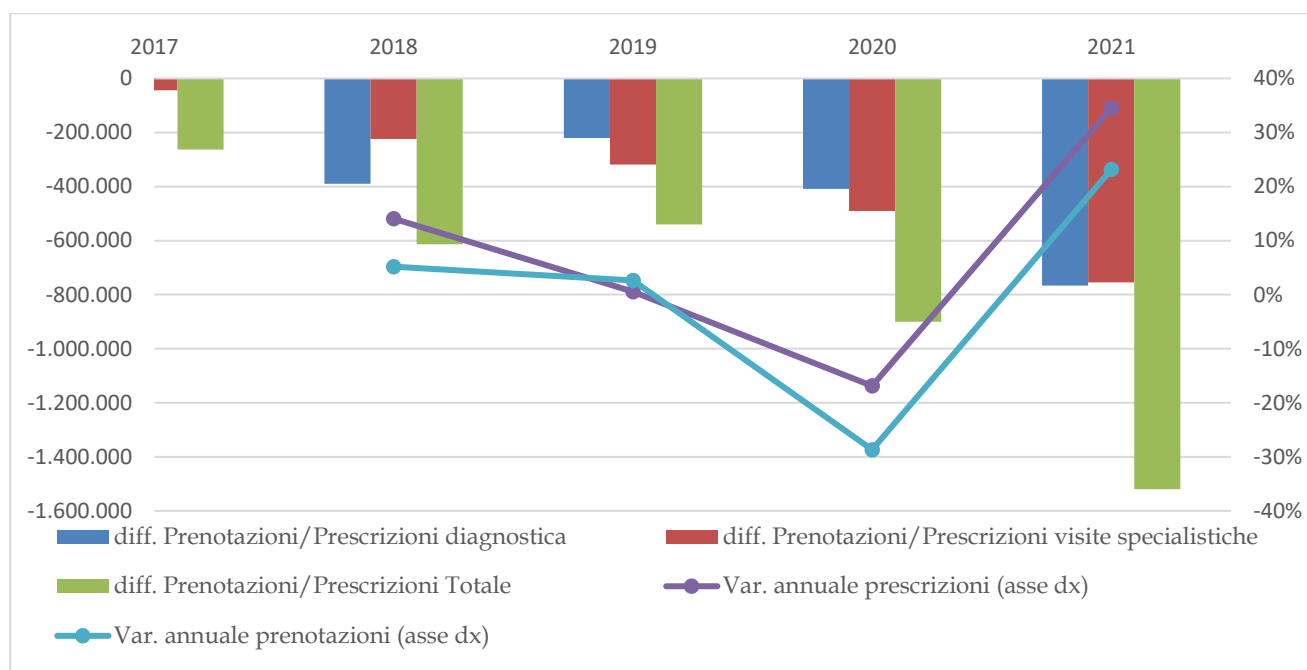
	Prenotazioni				
	2017	2018	2019	2020	2021
Altri Test Cardiovascolari Da Sforzo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Colonscopia	1,8%	1,8%	1,8%	2,0%	2,0%
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	2,5%	2,4%	2,5%	2,6%	2,6%
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	3,2%	3,2%	3,2%	3,3%	3,1%
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	2,8%	2,7%	2,8%	3,0%	2,9%
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	6,6%	6,4%	6,6%	6,7%	6,5%
Ecografia Della Mammella	2,0%	1,7%	1,6%	1,5%	1,4%
Ecografia Ginecologica	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
Elettrocardiogramma	9,8%	9,9%	9,2%	9,3%	8,9%
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%
Elettromiografia Per Tunnel Carpale	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Elettromiografia Standard	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
Esame Audiometrico Tonale	1,1%	1,2%	1,1%	0,9%	1,0%
Esame Del Fundus Oculi	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
Esofago-Gastroduodenoscopia	1,1%	1,2%	1,2%	1,4%	1,4%
Mammografia	3,0%	2,9%	3,5%	3,0%	2,8%
Rm Addome Inferiore	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Rm Colonna	1,8%	1,8%	2,1%	2,5%	2,6%
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	1,3%	1,3%	1,5%	1,6%	1,6%
Rm Muscoloscheletrica	1,5%	1,4%	1,7%	2,1%	2,1%
Sigmoidoscopia (Colonscopia Sinistra) Con Endoscopio Flessibile	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Spirometria Globale	1,4%	1,2%	1,2%	0,9%	0,8%
Spirometria Semplice	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Tc Addome	2,1%	2,1%	2,3%	2,8%	2,6%
Tc Capo	1,0%	1,1%	1,1%	1,3%	1,3%
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
Tc Torace	2,4%	2,4%	2,7%	3,2%	3,3%
Test Cardiovascolare Da Sforzo Con Pedana Mobile O Cicloergometro	0,8%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%
Visita Allergologica	0,6%	0,7%	0,7%	0,9%	1,0%
Visita Cardiologica	4,3%	4,7%	4,7%	5,0%	5,0%
Visita Chirurgica	2,3%	2,3%	2,1%	1,5%	1,5%
Visita Chirurgica Vascolare	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%
Visita Dermatologica	5,4%	5,4%	5,3%	4,7%	5,2%
Visita Endocrinologica	1,2%	1,1%	1,2%	1,2%	1,5%
Visita Fisiatria	1,3%	1,3%	1,4%	1,3%	1,3%
Visita Gastroenterologica	0,8%	0,9%	0,7%	0,7%	0,8%
Visita Ginecologica	3,7%	3,4%	3,1%	2,1%	2,2%
Visita Neurologica	2,1%	2,2%	2,1%	2,1%	2,0%
Visita Oculistica	7,7%	7,7%	7,5%	6,7%	7,0%
Visita Oncologica	0,6%	0,7%	0,8%	0,7%	0,5%
Visita Ortopedica	3,5%	3,4%	3,6%	3,4%	3,6%
Visita Otorinolaringoiatrica	4,1%	4,5%	4,1%	3,7%	3,9%
Visita Pneumologica	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,3%
Visita Reumatologica	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%	1,0%
Visita Urologica	1,6%	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%

Totale Al Netto Prestazioni Non Misurabili	90,8%	91,1%	91,6%	90,1%	90,9%
Eco(Color)Dopplergrafia Cardiaca	3,7%	3,6%	3,7%	4,3%	4,2%
Ecografia Ostetrica	3,1%	3,1%	2,8%	3,8%	3,2%
Elettromiografia Semplice	2,4%	2,2%	1,9%	1,8%	1,5%
Fotografia Del Fundus	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Totale Accertamenti Diagnostici	58,5%	57,7%	58,4%	61,6%	59,9%
Totale Visite Specialistiche	41,5%	42,3%	41,6%	38,4%	40,1%
Totale Complessivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

Un confronto tra l'evoluzione della domanda e dell'offerta mette in evidenza come a seguito della pandemia si sia ulteriormente ampliato il differenziale negativo tra la prima e la seconda, sia per le visite specialistiche che per gli accertamenti diagnostici, con conseguenti riflessi negativi sul fenomeno delle liste d'attesa.

Grafico 3 - Differenza tra prescrizioni e prenotazioni per prestazioni ambulatoriali



Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

Analizzando i dati della domanda e dell'offerta, disaggregati a livello di struttura sanitaria (tabelle 13 e 14), si evidenzia come la prima si sia progressivamente accentrata presso i presidi delle ex aziende USL, la cui quota sul totale è passata dall'80 all'86,6 per cento. All'interno dell'aggregato cresce ulteriormente il peso delle realtà di maggiori dimensioni: la ex USL di Firenze (+3 per cento) e quelle di Livorno, Pisa e Arezzo (tutte con un +2 per cento).

Dall'altro lato, l'allocatione dell'offerta di prenotazioni rimane sostanzialmente stabile nel quinquennio; anche in questo caso la stessa è particolarmente concentrata sulle USL, il cui peso cresce dal 78,7 per cento ad oltre l'81 per cento. All'interno di tale aggregato si assiste ad una marcata accentuazione del peso dell'azienda di Grosseto (+3 per cento).

Tabella 13 – Prescrizioni per struttura sanitaria: incidenza percentuale sul totale annuo 2017-2021

Struttura sanitarie (ex AUSL e AO)	2017*	2018*	2019*	2020	2021
Az. USL 1 di Massa Carrara	5,4%	4,7%	5,2%	5,3%	5,1%
Az. USL 2 di Lucca	5,5%	5,5%	5,7%	5,8%	5,4%
Az. USL 3 di Pistoia	7,2%	6,7%	6,6%	7,0%	6,9%
Az. USL 4 di Prato	6,7%	6,1%	5,9%	6,6%	6,5%
Az. USL 5 di Pisa	6,9%	7,2%	7,8%	8,2%	8,4%
Az. USL 6 di Livorno	7,3%	8,5%	8,5%	8,2%	8,8%
Az. USL 7 di Siena	5,5%	5,9%	6,0%	5,9%	5,8%
Az. USL 8 di Arezzo	5,7%	8,1%	8,1%	8,0%	8,0%
Az. USL 9 di Grosseto	6,0%	5,7%	5,7%	5,5%	5,4%
Az. USL 10 di Firenze	13,9%	14,8%	15,2%	16,8%	16,8%
Az. USL 11 di Empoli	6,3%	5,2%	5,0%	5,2%	5,2%
Az. USL 12 di Viareggio	3,5%	4,1%	4,5%	4,7%	4,3%
I.S.P.R.O.	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
A.O. Pisana	6,5%	6,0%	5,6%	4,9%	5,1%
A.O. Careggi	6,3%	4,8%	4,7%	4,3%	4,8%
A.O. Meyer	1,6%	1,3%	1,0%	0,5%	0,5%
Fondaz. G. Monasterio	1,7%	1,4%	1,2%	0,7%	0,8%
Totale complessivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana.

* Per il triennio 2017-2019 il dato è stato sottoposto ad una stima adeguandolo al volume delle prenotazioni corrispondenti nel caso queste ultime fossero state maggiori delle relative prescrizioni. Ciò in quanto in tale periodo risultava ancora elevato l'utilizzo delle ricette cartacee, non computate nel presente studio. Il dato analizzato in questa sede prende in considerazione, infatti, solo le ricette dematerializzate ed elettroniche.

Tabella 14 – Prenotazioni per struttura sanitaria: incidenza percentuale sul totale annuo 2017-2021

Struttura sanitarie (ex AUSL e AO)	2017	2018	2019	2020	2021
Az. USL 1 di Massa Carrara	5,7%	4,4%	4,1%	4,2%	4,7%
Az. USL 2 di Lucca	3,6%	5,3%	5,6%	5,8%	5,6%
Az. USL 3 di Pistoia	7,3%	7,3%	7,7%	9,4%	6,6%
Az. USL 4 di Prato	7,1%	6,9%	7,0%	7,7%	7,4%
Az. USL 5 di Pisa	5,6%	5,0%	5,3%	4,8%	4,6%
Az. USL 6 di Livorno	5,7%	6,8%	6,8%	6,2%	7,1%
Az. USL 7 di Siena	4,3%	4,3%	4,4%	3,8%	4,0%
Az. USL 8 di Arezzo	9,7%	9,5%	9,6%	9,7%	10,3%
Az. USL 9 di Grosseto	5,2%	6,1%	6,4%	6,9%	8,2%
Az. USL 10 di Firenze	14,8%	13,9%	14,7%	15,0%	14,6%
Az. USL 11 di Empoli	6,7%	6,2%	5,9%	6,0%	4,3%
Az. USL 12 di Viareggio	3,0%	3,4%	3,8%	3,7%	4,1%
I.S.P.R.O.	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
A.O. Pisana	6,9%	7,1%	6,6%	3,0%	4,8%
A.O. Careggi	6,7%	5,7%	5,5%	6,9%	6,9%
A.O. Meyer	1,7%	1,5%	1,2%	1,8%	1,5%
Fondaz. G. Monasterio	1,8%	1,6%	1,5%	2,3%	2,6%
Totale complessivo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

Anche nella disaggregazione per struttura, l'evoluzione della domanda e dell'offerta segna un progressivo allargamento del *gap* tra le due, legato alla forte crescita della prima rispetto alla seconda (tab. 15).

Tabella 15 – Differenza tra prenotazioni e prescrizioni in rapporto alle prescrizioni dell'anno.

Struttura sanitarie (ex AUSL e AO)	2017	2018	2019	2020	2021
Az. USL 1 di Massa Carrara	0,0%	-21,0%	-33,5%	-40,6%	-36,8%
Az. USL 2 di Lucca	-38,9%	-18,1%	-18,1%	-23,9%	-28,1%
Az. USL 3 di Pistoia	-4,0%	-7,4%	-2,2%	1,6%	-33,7%
Az. USL 4 di Prato	0,0%	-3,3%	-0,6%	-12,4%	-22,0%
Az. USL 5 di Pisa	-23,6%	-40,6%	-43,1%	-56,5%	-62,3%
Az. USL 6 di Livorno	-26,8%	-32,4%	-32,4%	-43,0%	-44,7%
Az. USL 7 di Siena	-26,1%	-38,3%	-38,4%	-51,5%	-52,9%
Az. USL 8 di Arezzo	59,4%	0,0%	0,0%	-8,8%	-11,7%
Az. USL 9 di Grosseto	-17,9%	-9,6%	-5,7%	-4,8%	3,2%
Az. USL 10 di Firenze	0,0%	-20,5%	-19,2%	-33,0%	-40,1%
Az. USL 11 di Empoli	0,0%	0,0%	-0,6%	-12,2%	-42,2%
Az. USL 12 di Viareggio	-21,3%	-28,4%	-27,4%	-39,8%	-33,4%
I.S.P.R.O.	0,0%	-19,4%	-55,1%	-61,0%	-55,1%
A.O. Pisana	0,0%	0,0%	0,0%	-54,0%	-34,3%
A.O. Senese	0,0%	0,0%	0,0%	-16,5%	-16,0%
A.O. Careggi	0,0%	0,0%	0,0%	20,8%	-1,0%
A.O. Meyer	0,0%	0,0%	0,0%	157,8%	101,5%
Fondaz. G. Monasterio	0,0%	0,0%	0,0%	149,0%	137,0%
Totale complessivo	-5,9%	-15,4%	-15,9%	-24,8%	-31,2%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

A fronte di un'iniziale differenza negativa tra prenotazioni e prescrizioni pari al 5,9 per cento di queste ultime nel 2017, a fine 2021 si registra un *gap* negativo di oltre il 31 per cento delle prescrizioni. Va al riguardo tenuto in considerazione che, nel periodo 2017-2019, il volume delle prescrizioni è stato oggetto di stima, in quanto influenzato dalle richieste cartacee non rilevate a sistema; ne consegue una possibile sottostima del *gap* effettivo iniziale, rispetto a quello del successivo biennio 2020-2021.

Nel quadro complessivo negativo, vanno comunque segnalate realtà territoriali che presentano un differenziale di segno opposto, con l'offerta superiore alla richiesta, in particolare la Fondazione Monasterio e l'AO Meyer; in tale direzione è progredita anche la azienda USL di Grosseto che, al termine di quinquennio, ha raggiunto un differenziale positivo pari al 3,2 per cento delle prescrizioni (dal 17,9 del 2017). Progressi positivi sono da segnalare anche con riferimento all'Az. USL di Lucca che ha ridotto il differenziale di 11 punti percentuali, pur mantenendosi ancora in territorio negativo. Tutte le altre realtà hanno subito un peggioramento consistente del *mismatching*; in 6 casi di portata superiore ad un terzo delle prescrizioni.

4.3 Analisi dei tempi medi di attesa delle prestazioni sanitarie

In un quadro di aumento del disallineamento tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie nel periodo 2017-2021, la disamina dei dati elaborati dalla Regione sui tempi medi di attesa⁶⁷ tra la data di chiamata e quella di prenotazione proposta evidenzia, nel medesimo intervallo temporale, una progressiva contrazione.

Trascurando l'annualità 2020, che si è caratterizzata in modo anomalo per un blocco delle prestazioni⁶⁸, il dato medio complessivo dei tempi medi di attesa si è contratto di 11 giorni, passando da 33 a 21 giorni. Il *trend* decrescente era già in corso nel triennio pre-pandemia, nel quale si è scesi da 33 a 26 giorni, per poi proseguire nel 2021.

La riduzione è stata più marcata con riguardo al settore degli esami diagnostici (la cui attesa media è passata da 42 giorni del 2017 ai 25 del 2019 sino ai 20 giorni nel 2021). In questo ambito si sottolinea la forte riduzione di giorni medi di attesa per alcune tipologie di prestazione, quali la mammografia (da 107 giorni del 2017 ai 39 del 2019, valore mantenuto anche nel 2021 con 35 giorni) e l'ecografia della mammella (91 giorni nel 2017, 23 nel 2019 e 22 nel 2021).

Non sono tuttavia trascurabili gli accertamenti (8 su 33) per i quali si assiste, al contrario, ad un allungamento dei tempi medi già riscontrabile nel periodo 2017-2019; in alcuni il peggioramento dei tempi è stato particolarmente consistente, superando di oltre il 20 per cento l'attesa del 2017 (come per gli altri test cardiovascolari da sforzo, la spirometria e la sigmoidoscopia, per la quale l'aumento dei tempi supera il 50 per cento).

Le visite specialistiche hanno visto una riduzione dei tempi medi di attesa di 8 giorni, da 22 del 2017 ai 14 del 2019 e del 2021.

In questo caso l'evoluzione accomuna tutte le specializzazioni, assumendo particolare rilievo per la gastroenterologia (-42 giorni) e per la endocrinologia (-34 giorni). In otto tipologie di visite specialistiche su un totale monitorato di 17, tra il 2021 e il 2017 i tempi risultano oltre che dimezzati.

⁶⁷ Il tempo medio viene calcolato come media ponderata dei giorni di attesa ex ante (il tempo di attesa relativo, basato sulla prima proposta fatta al paziente al momento della chiamata e non sulla data effettiva di prenotazione); il fattore di ponderazione è rappresentato dal numero di prenotazioni.

⁶⁸ Nel dettaglio, in base alla circolare del Ministero della salute n. 7422 del 16 marzo 2020, potevano essere erogate solamente le prestazioni c.d. "non procrastinabili", ossia prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.2.2019. Trattasi delle prestazioni relative alle seguenti classi di priorità:

- Urgente (U): da eseguirsi nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore;
- Breve (B): da eseguirsi entro 10 giorni.

Diversamente per le prestazioni Differibili (D) e Programmate (P) era prevista la riprogrammazione non appena possibile.

La concentrazione delle attività sulle classi di priorità più urgenti ha verosimilmente inciso sui tempi medi di attesa fatti registrare nell'anno, riducendoli.

Nel confronto con i valori dei tempi massimi per prestazione fissati nel PRGLA riferiti alla classe di priorità D emerge un miglioramento dell'erogazione. Le tipologie di prestazione in cui i target massimi risultano superati erano 23 nel 2017; esse scendono a 12 nel 2019, per poi calare ulteriormente a 6 nel 2021. Va peraltro osservato che in tali 6 situazioni ancora critiche, i ritardi rispetto ai tempi massimi si sono notevolmente ridotti nel 2021.

I dati commentati restituiscono dunque un quadro generale che sembra denotare una evoluzione positiva dei tempi di medi di attesa per le prestazioni ambulatoriali offerte dal Servizio sanitario regionale della Toscana che si accentua, in particolare, nel biennio 2020-2021.

Nel valutare i risultati raggiunti si deve tuttavia considerare, come si dirà più diffusamente oltre con l'analisi dell'indice di cattura, che i tempi indicati si riferiscono solamente alla quota di domanda che ha potuto avere accesso al sistema sanitario regionale, e per la quale viene offerta una data disponibile.

Un accesso interrotto o limitato, come notoriamente accaduto nel 2020 e nel 2021 a causa della pandemia con la conseguente sospensione o riduzione delle prestazioni da fornire, influisce positivamente sulla rilevazione dei tempi, i quali tuttavia non possono essere indicativi della reale efficienza del Servizio sanitario pubblico.

Tabella 16 - Tempi medi ponderati delle prestazioni sanitarie e confronto con tempi massimi

Tipo di prestazione	tempi massimi da PRGLA per priorità D (differibile)	Tempi medi ponderati					
		2017	2018	2019	2020	2021	Diff. 21/17
Altri Test Cardiovascolari Da Sforzo	60	2	8	34	0	19	16
Colonscopia	30	53	55	41	29	30	-23
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	30	61	52	25	13	24	-38
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	60	46	48	29	17	22	-24
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	60	41	46	23	15	19	-22
Eco(Color)Dopplergrafia Cardiaca	30	36	36	19	8	12	-24
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	30	29	29	18	8	19	-10
Ecografia Della Mammella	30	91	38	23	32	22	-69
Ecografia Ginecologica	30	24	28	39	53	13	-11
Ecografia Ostetrica	30	14	12	11	8	16	2
Elettrocardiogramma	30	33	30	15	8	10	-23
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	30	41	43	45	28	21	-21
Elettromiografia Per Tunnel Carpale	60	0	0	53	62	56	4
Elettromiografia Semplice	60	47	49	59	39	42	-5
Elettromiografia Standard	60	0	0	54	64	61	7
Esame Audiometrico Tonale	60	24	23	19	21	27	3
Esame Del Fundus Oculi	30	22	23	29	16	15	-7
Esofago-Gastroduodenoscopia	30	45	45	27	22	20	-25
Fotografia Del Fundus	30	33	54	52	39	17	-16
Mammografia	60	107	54	39	35	31	-77

Rm Addome Inferiore	60	33	33	26	16	26	-7
Rm Colonna	60	42	44	26	15	24	-18
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	60	55	56	31	19	25	-30
Rm Muscoloscheletrica	60	33	35	21	13	25	-9
Sigmoidoscopia (Colonscopia Sinistra) Con Endoscopio Flessibile	30	23	23	27	25	39	16
Spirometria Globale	60	65	60	61	33	46	-19
Spirometria Semplice	60	25	25	34	20	38	13
Tc Addome	60	28	27	20	11	18	-11
Tc Capo	60	20	21	16	9	12	-7
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	60	17	17	14	7	11	-6
Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	60	13	16	13	9	11	-2
Tc Torace	60	27	26	20	12	18	-9
Test Cardiovascolare Da Sforzo Con Pedana Mobile O Cicloergometro	60	29	31	35	29	38	9
Visita Allergologica	30	39	46	31	21	30	-9
Visita Cardiologica	15	24	26	14	13	18	-6
Visita Chirurgica	15	21	19	9	7	4	-17
Visita Chirurgica Vascolare	30	31	25	34	31	9	-21
Visita Dermatologica	15	14	21	12	11	15	0
Visita Endocrinologica	30	53	43	31	27	19	-34
Visita Fisiatrica	30	29	32	17	11	14	-15
Visita Gastroenterologica	30	56	58	34	18	14	-42
Visita Ginecologica	15	15	14	15	16	14	-1
Visita Neurologica	15	17	17	10	8	9	-8
Visita Oculistica	15	24	22	12	10	16	-8
Visita Oncologica	15	10	7	4	3	3	-7
Visita Ortopedica	15	16	18	10	8	10	-6
Visita Otorinolaringoiatrica	15	13	12	8	10	9	-4
Visita Pneumologica	30	48	37	29	21	21	-27
Visita Reumatologica	30	39	46	33	24	20	-20
Visita Urologica	15	20	24	16	13	13	-7
Media complessiva		33	31	26	20	21	-11
Tempo medio per diagnostica		42	37	25	15	20	-22
Tempo medio per visite specialistiche		22	23	14	12	14	-8

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana. Nelle colonne sui tempi medi sono evidenziate in rosso le prestazioni e annualità per le quali il tempo medio supera quello massimo da PRGLA. Nella colonna delle differenze tra 2021 e 2017, sono evidenziati con graduali tonalità di rosso i casi di peggioramento dei tempi e di blu quelli in miglioramento.

Tabella 17 - Tempi medi ponderati delle prestazioni sanitarie per struttura sanitaria

Struttura sanitarie (ex AUSL e AO)	2017	2018	2019	2020	2021	Diff. 21/17
Az. USL 1 di Massa Carrara	25	21	34	25	17	-8
Az. USL 2 di Lucca	32	16	17	13	18	-14
Az. USL 3 di Pistoia	39	35	15	13	26	-13
Az. USL 4 di Prato	36	43	23	12	28	-8
Az. USL 5 di Pisa	39	39	33	14	9	-30
Az. USL 6 di Livorno	23	16	23	18	12	-11
Az. USL 7 di Siena	12	14	16	13	12	0
Az. USL 8 di Arezzo	34	36	19	11	17	-17
Az. USL 9 di Grosseto	23	33	18	17	16	-7
Az. USL 10 di Firenze	13	14	8	6	8	-5
Az. USL 11 di Empoli	54	55	19	17	39	-15
Az. USL 12 di Viareggio	24	20	24	12	16	-8
I.S.P.R.O.	18	11	23	17	13	-6
A.O. Pisana	48	46	35	25	6	-42
A.O. Senese	17	16	15	18	14	-3
A.O. Careggi	76	44	34	33	13	-64

A.O. Meyer	63	59	38	18	15	-48
Fondaz. G. Monasterio	56	61	31	10	29	-27

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

4.4 L'indicatore dei tempi di attesa (TAT): un'analisi dei dati

Un ulteriore profilo di valutazione di adeguatezza dei risultati conseguiti in merito alla tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie può essere ricavato attraverso l'indicatore dei tempi di attesa (TAT) individuato nel Piano Nazionale e Regionale per il monitoraggio ex ante⁶⁹.

Esso, come già ricordato, è dato dal rapporto tra il numero delle prenotazioni entro i termini garantiti e il numero delle prenotazioni totali calcolati come differenza tra la data di primo contatto (attraverso tutti i canali CUP) e la data proposta e accettata dal richiedente nello stesso ambito territoriale di garanzia.

Nella seguente tabella vengono riepilogati i valori percentuali conseguiti per prestazione, tenendo in considerazione diverse soglie di adeguatezza evidenziate in colori diversi (sopra al 90 per cento in verde, nel range 75-90 per cento in giallo e sotto il 75 per cento in arancione) considerando che un valore superiore al 90 per cento rappresenta l'obiettivo minimo richiesto dal PRGLA⁷⁰.

Tabella 18 – Indicatore TAT per prestazione

Prestazioni di diagnostica	2017	2018	2019	2020	2021
Altri Test Cardiovascolari Da Sforzo	99%	94%	81,8%	0,0%	100,0%
Colonscopia	63,4%	62%	63,4%	82,2%	79,9%
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	61,9%	69%	73,3%	93,8%	83,6%
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	74,6%	73%	79,5%	92,6%	88,8%
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	76,7%	74%	82,3%	94,9%	92,7%
Eco(Color)Dopplergrafia Cardiaca	71,3%	74%	75,3%	96,6%	91,7%
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	70,9%	76%	80,5%	96,1%	86,8%
Ecografia Della Mammella	59,2%	79%	76,0%	91,4%	88,3%
Ecografia Ginecologica	71,8%	70%	66,2%	52,2%	86,6%
Ecografia Ostetrica	86,9%	90%	85,2%	94,5%	84,7%
Elettrocardiogramma	77,8%	80%	82,9%	96,6%	94,4%
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	56,2%	56%	52,3%	77,4%	82,8%
Elettromiografia Per Tunnel Carpale	ND	ND	64,6%	72,3%	71,0%

⁶⁹ A tal fine, diversamente dalla modalità di determinazione dei tempi medi di cui sopra si è riferito, si prendono in considerazione le prenotazioni proposte e accettate (non quindi la prima data proposta dal CUP); l'indicatore non differisce dai tempi medi quanto, invece, all'ambito territoriale delle prenotazioni, prendendo in considerazione solo quelle riferite allo stesso ambito territoriale (con esclusione di quelle relative ad altri territori).

⁷⁰ Tale *target* era fissato nel PRGLA 2010-2012 ed ha trovato conferma nel PRGLA 2019-2021.

Elettromiografia Semplice	66,6%	64%	58,8%	78,0%	73,0%
Elettromiografia Standard	ND	ND	60,6%	75,3%	70,6%
Esame Audiometrico Tonale	88,0%	87%	89,7%	93,8%	88,5%
Esame Del Fundus Oculi	79,7%	78%	74,4%	85,8%	89,8%
Esofago-Gastroduodenoscopia	66,1%	68%	70,3%	82,4%	83,8%
Fotografia Del Fundus	69,3%	44%	41,3%	52,7%	86,1%
Mammografia	64,2%	77%	81,5%	92,7%	89,4%
Rm Addome Inferiore	83,1%	81%	84,5%	97,0%	91,0%
Rm Colonna	78,1%	77%	82,9%	97,1%	93,2%
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	70,4%	69%	77,9%	95,7%	91,4%
Rm Muscoloscheletrica	83,4%	82%	86,4%	98,4%	94,8%
Sigmoidoscopia (Colonscopia Sinistra) Con Endoscopio Flessibile	79,4%	78%	73,5%	83,1%	69,4%
Spirometria Globale	68,4%	69%	65,9%	86,1%	70,2%
Spirometria Semplice	89,7%	89%	88,1%	92,9%	75,4%
Tc Addome	85,0%	85%	83,5%	92,7%	84,8%
Tc Capo	91%	90%	88,3%	99,0%	97,2%
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	94%	94%	92,6%	99,8%	98,1%
Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	96%	94%	92,1%	99,1%	98,7%
Tc Torace	85,9%	86%	82,1%	97,8%	93,3%
Test Cardiovascolare Da Sforzo Con Pedana Mobile O Cicloergometro	87,4%	85%	81,6%	86,2%	78,5%
Visite specialistiche					
Visita Allergologica	73,8%	66%	61,4%	79,0%	72,3%
Visita Cardiologica	70,8%	70%	73,9%	87,8%	77,0%
Visita Chirurgica	78,3%	81%	79,9%	90,5%	95,1%
Visita Chirurgica Vascolare	70,3%	75%	69,4%	79,3%	90,3%
Visita Dermatologica	82,7%	75%	78,2%	87,6%	81,2%
Visita Endocrinologica	57,0%	61%	64,9%	81,8%	82,9%
Visita Fisiatrica	69,0%	68%	76,6%	92,2%	89,2%
Visita Gastroenterologica	60,7%	57%	64,6%	85,8%	90,3%
Visita Ginecologica	80,9%	84%	85,4%	80,4%	80,1%
Visita Neurologica	74,6%	75%	79,4%	89,8%	87,3%
Visita Oculistica	72,1%	74%	77,5%	89,6%	80,6%
Visita Oncologica	85,5%	87%	94,1%	96,1%	96,7%
Visita Ortopedica	79,7%	78%	79,4%	89,8%	87,0%
Visita Otorinolaringoiatrica	78,2%	81%	85,5%	85,2%	82,9%
Visita Pneumologica	61,7%	68%	65,1%	84,6%	83,5%
Visita Reumatologica	70,4%	69%	67,2%	83,8%	82,7%
Visita Urologica	68,5%	67%	73,3%	84,5%	78,8%
Totale complessivo	74,6%	76%	78,3%	90,6%	85,7%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

A livello complessivo si registra un lieve miglioramento dell'indicatore che passa dal 74,6 per cento del 2017 al 78,3 per cento del 2019 per raggiungere poi l'85,7 per cento nel 2021 dove, tuttavia, la rilevazione risente ancora degli effetti della sospensione delle prestazioni imposte dalla pandemia e il dato quindi non tiene conto delle prestazioni da recuperare.

Il valore medio non può pertanto considerarsi adeguato in quanto si attesta ancora sotto la soglia obiettivo del 90 per cento.

Nel caso specifico degli esami di diagnostica, a fronte di una situazione di partenza del quinquennio che mostrava il superamento del livello obiettivo in soli 4 esami su 31 e livelli inferiori alla soglia del 75 per cento in 14 fattispecie (di poco mutata nel 2019 alla vigilia del periodo caratterizzato dalle problematiche Covid) si è passati, nel 2021, ad una situazione in cui la soglia del 90 per cento viene garantita in 12 fattispecie su 33, mentre gli esami che non raggiungono il 75 per cento di rispetto dei tempi massimi si riducono a 5.

In questo quadro evolutivo, sussistono tuttavia 5 tipologie di accertamenti per i quali l'indicatore in discorso ha subito un arretramento: in un caso si è indietreggiato al di sotto della soglia di criticità del 75 per cento.

Sul fronte delle visite specialistiche nel 2017 per nessuna specializzazione l'indicatore riusciva a raggiungere la soglia del 90 per cento e per ben 11 fattispecie sul totale di 17 la garanzia del rispetto dei tempi massimi era inferiore al 75 per cento.

Nel 2019 solo per la visita oncologica si è superata la soglia del 90 per cento di rispetto dei tempi mentre scendono a 8 quelle inferiori al 75 per cento.

Alla fine del 2021 sono 4 le tipologie di visita specialistica che superano la soglia del 90 per cento, mentre resta solo 1 (la visita allergologica) fattispecie ancora critica, per la quale il sistema sanitario non è in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi almeno nel 75 per cento dei casi.

Anche per le visite specialistiche emergono 3 casi di evoluzione negativa dell'indicatore, sebbene di dimensioni contenute.

Analoghe considerazioni, in merito all'evoluzione registrata tra il 2017 e il 2021, possono trarsi dall'analisi dei dati ripartiti per struttura (cfr. tab 19).

Passano, infatti, da 3 a 6 le realtà in grado di garantire complessivamente il raggiungimento della soglia del 90 per cento, mentre residuano, al 2021, solamente 2 strutture che continuano ad attestarsi su livelli inferiori al 75 per cento (erano 10 nel 2017).

Va peraltro rilevato che – pur in un quadro generale in lieve miglioramento – emergono realtà in cui l'indicatore in discorso subisce un peggioramento nel quinquennio: Az. Usl di Siena e l'I.S.P.R.O.; quest'ultimo, tuttavia, mantiene un livello superiore alla soglia del 90 per cento.

Tabella 19 - Indicatore TAT per struttura sanitaria

Struttura sanitarie (ex AUSL e AO)	2017	2018	2019	2020	2021
Az. USL 1 di Massa Carrara	77,7%	80%	65%	87,9%	83,7%
Az. USL 2 di Lucca	68,6%	86%	77%	95,0%	88,1%
Az. USL 3 di Pistoia	69,7%	71%	73%	82,4%	80,3%
Az. USL 4 di Prato	73,1%	66%	67%	88,4%	76,9%
Az. USL 5 di Pisa	68,7%	70%	78%	92,1%	95,4%
Az. USL 6 di Livorno	79,3%	84%	76%	90,7%	87,1%
Az. USL 7 di Siena	91,1%	90%	88%	88,4%	86,4%
Az. USL 8 di Arezzo	74,7%	71%	78%	88,4%	81,6%
Az. USL 9 di Grosseto	79,5%	72%	82%	79,6%	82,0%
Az. USL 10 di Firenze	91,1%	91%	94%	98,8%	96,8%
Az. USL 11 di Empoli	49,3%	52%	67%	83,7%	69,9%
Az. USL 12 di Viareggio	79,9%	82%	79%	95,5%	84,2%
I.S.P.R.O.	94,7%	98%	83%	89,8%	91,0%
A.O. Pisana	72,1%	73%	74%	88,4%	96,7%
A.O. Senese	87,6%	89%	85%	89,0%	91,2%
A.O. Careggi	55,6%	65%	68%	88,5%	88,8%
A.O. Meyer	59,3%	61%	71%	82,9%	91,9%
Fondaz. G. Monasterio	58,3%	58%	66%	91,8%	70,4%
Totale complessivo	74,6%	76%	78%	90,6%	85,7%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

Valgono anche per i dati sul rispetto dei tempi di attesa sopra esaminati, che, pur in miglioramento continuano a presentare valori al di sotto dell'obiettivo minimo del 90 per cento per la maggioranza delle prestazioni, le stesse considerazioni precedentemente fatte a commento dei dati sui tempi medi di attesa.

Anche in questo caso, infatti, i risultati emersi sono condizionati dal fatto che le rilevazioni fanno riferimento alle sole prenotazioni accettate, senza considerare le richieste che, pur rivolgendosi al servizio pubblico, per varie ragioni non sono state prese in carico dal sistema di prenotazione. Ne risulta quindi la limitata capacità degli stessi nel rappresentare appieno l'effettivo livello di adeguatezza del Servizio sanitario.

4.5 Indice di cattura della domanda e livello di adeguatezza del sistema sanitario: prime evidenze sul fenomeno del blocco delle liste

Le analisi sopra effettuate dimostrano un andamento dei tempi di attesa che, a partire da una situazione iniziale connotata da livelli di performance generalmente molto bassi, registra, salvo qualche eccezione, miglioramenti già nel primo triennio del periodo considerato (2017-2019) che diventano ancor più evidenti nell'ultimo anno di rilevazione, il 2021 (che ancora risente, come più

volte accennato, degli effetti della pandemia), senza mai riuscire tuttavia ad assicurare l'obiettivo di rispetto dei tempi massimi per tutte le visite e gli esami sottoposti a monitoraggio.

Si è già detto poi che queste risultanze, quand'anche scaturiscano dagli indicatori richiesti dal PRGLA per i monitoraggi ufficiali, non restituiscono la reale capacità del Servizio sanitario di soddisfare in modo adeguato e tempestivo la reale domanda di prestazioni sanitarie dei cittadini. L'indicatore TAT del rispetto dei tempi massimi, così come l'indicatore utilizzato per la determinazione dei tempi medi di attesa si basano infatti esclusivamente sul numero delle richieste di prenotazione accettate dal sistema, senza considerare le ulteriori richieste che viceversa, per varie ragioni, non sono prese in carico e la cui dimensione emerge in maniera netta dall'analisi della domanda la quale evidenzia, come rilevato, un numero di prescrizioni significativamente maggiore delle prenotazioni.

Al fine di cogliere la rilevanza di questo effetto "esclusione", la Regione Toscana ha elaborato un ulteriore indicatore di cattura della domanda; in dettaglio, questo indicatore è volto a stimare la quota di prestazioni prescritte assorbita dal servizio sanitario regionale. In sostanza, l'indicatore di cattura è costruito come rapporto tra i volumi di prestazioni prenotate nell'anno (anche al di fuori dell'ambito territoriale di riferimento), inclusive di quelle presso le strutture private accreditate (senza però considerare l'attività *intramoenia*), e i volumi delle prestazioni prescritte (calcolate mediante i flussi delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche). Al riguardo, la Regione Toscana si è posta l'obiettivo di ottenere un indicatore di cattura non inferiore al 75 per cento; ciò nella considerazione che una quota di prestazioni prescritte (quantificabile nel 25 per cento) non giunga a prenotazione per abbandono fisiologico da parte dell'utente, ricorso al privato (sia privato puro che attività ALPI) per scelta dell'utente, duplicazioni di prescrizioni per errori da parte dei prescrittori (richiesta duplicata senza cancellazione della prima prescrizione).

Nella tabella 20 sono riepilogati, per tipologia di prestazione, gli indicatori di cattura rilevati nel triennio 2019-2021⁷¹, tenendo in considerazione diverse soglie di adeguatezza evidenziate in colori diversi (sopra al 75 per cento in verde, nel *range* 50-75 per cento in giallo e sotto il 50 per cento in arancione)⁷². I dati mettono in luce una progressiva evoluzione negativa, che si è particolarmente accentuata a seguito della pandemia.

⁷¹ Non è stato considerato il dato per gli anni 2017 e 2018 poiché per tali anni l'indicatore di cattura non appare rappresentativo, a causa della elevata presenza di ricette cartacee, non computate nel calcolo.

⁷² I dati esposti non includono le seguenti prestazioni: eco(color) dopplergrafia cardiaca, ecografia ostetrica, elettromiografia semplice, fotografia del fundus. Tali prestazioni non sono considerate pienamente misurabili in quanto le stesse possono essere esenti da prescrizioni, con conseguente rischio di procedere ad una sottostima dei volumi.

A livello complessivo si è passati da un valore di poco superiore all'80 per cento nel 2019 (che risente tuttavia di un numero di prescrizioni ancora parzialmente sottostimate per la residua presenza di ricette cartacee non rilevate nei flussi), a capacità di cattura inferiori al 70 per cento nel biennio 2020-2021, a testimonianza dell'impatto che la crisi pandemica ha generato sull'accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia sul fronte dell'offerta, portando ad un blocco e rimodulazione nell'erogazione dei primi accessi, sia sul fronte della domanda, spingendo i pazienti a rinviare gli accertamenti differibili.

Nel settore degli accertamenti diagnostici, sono solo 5 le prestazioni per le quali nel 2021 l'indice di cattura si attesta su valori superiori all'obiettivo fissato dalla Regione (75 per cento); erano 17 nel 2019, di cui 5 mostravano una capacità di garantire l'integrale domanda di prestazioni sanitarie. Nel 2021, sono 6 le tipologie di accertamenti che rimangono sotto la soglia di criticità del 50 per cento, per le quali quindi il sistema sanitario regionale riesce ad intercettare meno della metà della domanda di prestazioni.

Sul fronte delle visite specialistiche, in nessun caso viene raggiunto il *target* regionale, sebbene non emergano situazioni di criticità sotto il 50 per cento. Si attestavano invece a 12 le fattispecie di visite specialistiche che superavano il *target* del 90 per cento nel 2019.

Tabella 20 - Indicatore di cattura per prestazione ambulatoriale (2019-2021)

Accertamenti Diagnostici	2019*	2020	2021
Altri Test Cardiovascolari Da Sforzo	1%	0,1%	5,6%
Colonscopia	74%	65,9%	63,7%
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	59%	53,2%	50,5%
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	84%	82,8%	70,4%
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	80%	73,6%	62,9%
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	70%	58,0%	53,9%
Ecografia Della Mammella	56%	39,4%	36,0%
Ecografia Ginecologica	76%	67,3%	52,2%
Elettrocardiogramma	100%	99,9%	95,6%
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	71%	59,7%	57,8%
Elettromiografia Per Tunnel Carpale	10%	23,8%	31,2%
Elettromiografia Standard	13%	18,3%	22,2%
Esame Audiometrico Tonale	100%	96,9%	88,2%
Esame Del Fundus Oculi	100%	91,7%	80,2%
Esofago-Gastroduodenoscopia	65%	58,3%	57,3%
Mammografia	100%	70,0%	62,4%
Rm Addome Inferiore	89%	67,2%	61,3%
Rm Colonna	70%	62,4%	55,5%
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	87%	71,0%	63,6%
Rm Muscoloscheletrica	65%	61,5%	53,7%
Sigmoidoscopia (Colonscopia Sinistra) Con Endoscopio Flessibile	63%	31,2%	46,5%
Spirometria Globale	88%	69,4%	46,7%
Spirometria Semplice	98%	82,1%	53,3%
Tc Addome	100%	83,9%	80,2%
Tc Capo	94%	78,4%	74,9%
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	91%	77,9%	68,3%

Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	91%	78,4%	73,0%
Tc Torace	96%	79,8%	78,9%
Test Cardiovascolare Da Sforzo Con Pedana Mobile O Cicloergometro	87%	72,0%	63,7%
Visite Specialistiche			
Visita Allergologica	56%	66,1%	52,6%
Visita Cardiologica	80%	65,9%	58,4%
Visita Chirurgica	100%	67,4%	65,7%
Visita Chirurgica Vascolare	98%	79,8%	72,2%
Visita Dermatologica	78%	64,5%	63,1%
Visita Endocrinologica	70%	55,8%	58,5%
Visita Fisiatrice	91%	76,9%	70,4%
Visita Gastroenterologica	78%	63,5%	58,0%
Visita Ginecologica	100%	73,4%	71,0%
Visita Neurologica	89%	75,7%	65,6%
Visita Oculistica	93%	74,8%	71,1%
Visita Oncologica	100%	74,4%	57,9%
Visita Ortopedica	74%	61,6%	61,0%
Visita Otorinolaringoiatrica	83%	69,0%	71,0%
Visita Pneumologica	72%	64,0%	56,0%
Visita Reumatologica	65%	63,6%	61,9%
Visita Urologica	79%	67,4%	62,1%
Totale Al Netto Prestazioni Non Misurabili	82%	69,3%	64,0%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana.

* Per il 2019 il dato è stato sottoposto ad una stima adeguando il volume delle prenotazioni a quello delle corrispondenti prescrizioni, nel caso in cui le prime fossero superiori alle seconde. Ciò in quanto, nell'anno in discorso, risultava ancora elevato l'utilizzo delle ricette cartacee, non computate nel presente studio. Il dato analizzato in questa sede prende in considerazione, infatti, solo le ricette dematerializzate ed elettroniche.

L'evoluzione negativa della capacità di cattura della domanda trova conferma anche negli indicatori calcolati per distretto territoriale (tab. 21). La contrazione dell'indicatore è sostanzialmente generalizzata, con la sola eccezione della realtà di Grosseto. In sette realtà il peggioramento supera i venti punti percentuali.

Tabella 21 - Indicatore di cattura per struttura sanitaria (2019-2021)

Azienda (aggregata con az. Ospedaliere)	2019	2020	2021
Arezzo	114%	91%	88%
Empoli	99%	88%	58%
Firenze / AOU Careggi / AOU Meyer / Ispro	93%	82%	71%
Grosseto	94%	95%	103%
Livorno	68%	57%	55%
Lucca	82%	76%	72%
Massa Carrara	66%	59%	63%
Pisa / AOU Pisana / Fondazione Monasterio	86%	55%	58%
Pistoia	98%	102%	66%
Prato	99%	88%	78%
Siena / AOU Senese	87%	58%	57%
Viareggio	73%	60%	67%
Totale complessivo	89%	75%	69%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

La forte contrazione generale dell'indice di cattura può aver peraltro contribuito, in via indiretta, al miglioramento dei livelli di garanzia del rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, essendo le stesse perimetrare su una quota inferiore di domanda.

In effetti, il confronto tra l'indicatore di cattura e quello del rispetto dei tempi massimi di attesa delle prestazioni nel triennio 2019-2021 (cfr. tab. 22) mostra un consistente allargamento della forbice tra le due variabili, esprimendo un peggioramento del disallineamento tra domanda e offerta, cui si contrappone un miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni effettivamente assorbite dal sistema sanitario regionale. Nel triennio esaminato, a livello complessivo, la forbice è andata progressivamente crescendo, passando da un valore positivo del 3 per cento, a saldi negativi di oltre il 20 per cento.

Differenze negative particolarmente consistenti tra i due indicatori possono costituire un elemento sintomatico di una possibile difficoltà di accesso al sistema sanitario (ad esempio, situazione di blocco delle liste) che porta l'utenza a rivolgersi all'esterno del sistema sanitario stesso, pur essendo quest'ultimo in via teorica in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa in un numero elevato di casi di richiesta di prestazioni (come attestato dal dato dell'indicatore TAT).

Si può quindi determinare una situazione di "sospensione di fatto" delle prestazioni che sfugge alla rilevazione regionale la quale - come accennato in precedenza e come confermato dalla stessa Regione in sede di controdeduzioni - viene attualmente effettuata sulla base dei dati sulle prenotazioni comunicate dalle aziende sanitarie.

Già nel 2019 (dove si ricorda il dato sulle prescrizioni rimane ancora parzialmente sottostimato per la residua presenza di ricette cartacee non rilevate) si riscontrano 6 casi di prestazioni con differenze tra i due indici superiori al 10 per cento e 3 dove lo scostamento risulta oltre il 30 per cento e rispetto alle quali il sospetto di fenomeni di blocco delle liste assume una particolare evidenza.

La frequenza di tale situazione di possibile criticità è aumentata nel successivo biennio dove quasi tutte le prestazioni presentano differenze superiori al 10 per cento e in 8 casi nel 2020 e in 11 nel 2021 sono maggiori del 30 per cento, ad ulteriore conferma della difficoltà del Servizio sanitario a garantire l'accesso alle prestazioni nel periodo Covid.

Tabella 22 – Confronto tra indicatore di cattura e indicatore TAT 2019-2021

Prestazione sanitaria	2019*			2020			2021		
	IC	TAT x confronto	Diff. TAT-IC	IC	TAT x confronto	Diff. TAT-IC	IC	TAT x confronto	Diff. TAT-IC
Altri Test Cardiovascolari Da Sforzo	1%	82%	-81%	0%	0%	0%	6%	100%	-94%
Colonscopia	74%	63%	11%	66%	82%	-16%	64%	80%	-16%
Diagnostica Ecografica Del Capo E Del Collo	59%	73%	-14%	53%	94%	-41%	51%	84%	-33%
Eco(Color)Doppler Dei Tronchi Sovra Aortici	84%	80%	4%	83%	93%	-10%	70%	89%	-18%
Eco(Color)Dopplergrafia Arti Sup O Inf O Distrettuale, Fetoplacentare Arteriosa O Venosa	80%	82%	-2%	74%	95%	-21%	63%	93%	-30%
Ecografia Dell Addome (Superiore, Inferiore, Completo)	70%	80%	-10%	58%	96%	-38%	54%	87%	-33%
Ecografia Della Mammella	56%	76%	-20%	39%	91%	-52%	36%	88%	-52%
Ecografia Ginecologica	76%	66%	10%	67%	52%	15%	52%	87%	-34%
Elettrocardiogramma	100%	83%	17%	100%	97%	3%	96%	94%	1%
Elettrocardiogramma Dinamico (Holter)	71%	52%	19%	60%	77%	-18%	58%	83%	-25%
Elettromiografia Per Tunnel Carpale	10%	65%	-55%	24%	72%	-49%	31%	71%	-40%
Elettromiografia Standard	13%	61%	-48%	18%	75%	-57%	22%	71%	-48%
Esame Audiometrico Tonale	100%	90%	10%	97%	94%	3%	88%	89%	0%
Esame Del Fundus Oculi	100%	74%	26%	92%	86%	6%	80%	90%	-10%
Esofago-Gastroduodenoscopia	65%	70%	-5%	58%	82%	-24%	57%	84%	-26%
Mammografia	100%	82%	18%	70%	93%	-23%	62%	89%	-27%
Rm Addome Inferiore	89%	85%	4%	67%	97%	-30%	61%	91%	-30%
Rm Colonna	70%	83%	-13%	62%	97%	-35%	56%	93%	-38%
Rm Encefalo E Del Tronco Encefalico	87%	78%	9%	71%	96%	-25%	64%	91%	-28%
Rm Muscoloscheletrica	65%	86%	-21%	62%	98%	-37%	54%	95%	-41%
Sigmoidoscopia (Colonscopia Sinistra) Con Endoscopio Flessibile	63%	73%	-10%	31%	83%	-52%	46%	69%	-23%
Spirometria Globale	88%	66%	22%	69%	86%	-17%	47%	70%	-23%
Spirometria Semplice	98%	88%	10%	82%	93%	-11%	53%	75%	-22%
Tc Addome	100%	83%	17%	84%	93%	-9%	80%	85%	-5%
Tc Capo	94%	88%	6%	78%	99%	-21%	75%	97%	-22%
Tc Di Bacino E Articolazioni Sacroiliache	91%	93%	-2%	78%	100%	-22%	68%	98%	-30%
Tc Rachide E Dello Speco Vertebrale	91%	92%	-1%	78%	99%	-21%	73%	99%	-26%
Tc Torace	96%	82%	14%	80%	98%	-18%	79%	93%	-14%
Test Cardiovascolare Da Sforzo Con Pedana Mobile O Cicloergometro	87%	82%	5%	72%	86%	-14%	64%	79%	-15%
Visita Allergologica	56%	61%	-5%	66%	79%	-13%	53%	72%	-20%
Visita Cardiologica	80%	74%	6%	66%	88%	-22%	58%	77%	-19%
Visita Chirurgica	100%	80%	20%	67%	90%	-23%	66%	95%	-29%
Visita Chirurgica Vascolare	98%	69%	29%	80%	79%	0%	72%	90%	-18%
Visita Dermatologica	78%	78%	0%	64%	88%	-23%	63%	81%	-18%
Visita Endocrinologica	70%	65%	5%	56%	82%	-26%	58%	83%	-24%
Visita Fisiatrica	91%	77%	14%	77%	92%	-15%	70%	89%	-19%
Visita Gastroenterologica	78%	65%	13%	63%	86%	-22%	58%	90%	-32%
Visita Ginecologica	100%	85%	15%	73%	80%	-7%	71%	80%	-9%
Visita Neurologica	89%	79%	10%	76%	90%	-14%	66%	87%	-22%
Visita Oculistica	93%	78%	15%	75%	90%	-15%	71%	81%	-9%
Visita Oncologica	100%	94%	6%	74%	96%	-22%	58%	97%	-39%
Visita Ortopedica	74%	79%	-5%	62%	90%	-28%	61%	87%	-26%
Visita Otorinolaringoiatrica	83%	85%	-2%	69%	85%	-16%	71%	83%	-12%
Visita Pneumologica	72%	65%	7%	64%	85%	-21%	56%	84%	-27%
Visita Reumatologica	65%	67%	-2%	64%	84%	-20%	62%	83%	-21%
Visita Urologica	79%	73%	6%	67%	85%	-17%	62%	79%	-17%
Totale al netto prestazioni non misurabili	82%	79%	3%	69%	90%	-21%	64%	86%	-22%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana.

* Per il 2019 il dato è stato sottoposto ad una stima adeguando il volume delle prenotazioni a quello delle corrispondenti prescrizioni, nel caso in cui le prime fossero superiori alle seconde. Ciò in quanto, nell'anno in discorso, risultava ancora elevato l'utilizzo delle ricette cartacee, non computate nel presente studio. Il dato analizzato in questa sede prende in considerazione, infatti, solo le ricette dematerializzate ed elettroniche.

In conclusione, di questa analisi si può affermare che i valori dell'indice di cattura danno conferma a tutti i limiti della gestione delle liste di attesa nel Servizio sanitario toscano nella presente fase di attuazione del PRGLA illustrati nel precedente capitolo.

Finché infatti il CUP non sarà in grado di prendere in carico tutte le richieste di prestazioni sanitarie, comprese quelle per le quali non possa essere fornita immediatamente una data di prima disponibilità, continuerà a persistere quel forte divario, rilevato dall'analisi dei dati, tra i numeri delle prenotazioni sui cui sono costruiti gli indici dei tempi di attesa e i numeri delle prescrizioni che, sia pure con i necessari correttivi, esprimono la reale dimensione della domanda di accesso alle cure mediche. In mancanza di ciò, ogni analisi condotta sui dati ufficiali dei monitoraggi dei tempi di attesa, anche agli effetti della misura delle performance delle aziende o degli obiettivi dei direttori generali, non potrà che essere parziale e non del tutto attendibile quantunque presenti valori positivi. Il monitoraggio viene a giovare in questo senso delle limitazioni all'accesso alle prestazioni derivanti dall'attuale e perdurante difetto di implementazione dei percorsi di tutela all'interno del CUP che consentono di misurare i tempi su un numero più ristretto di prenotazioni rispetto a quello che si avrebbe con la presa in carico di tutte le richieste giunte. Proprio queste limitazioni che configurano blocchi di fatto delle liste vietati dalla legge emergono, come visto, laddove lo scostamento tra indice di cattura e indice TAT sia particolarmente elevato.

4.6 Tempi di attesa e attività libero professionale intramuraria

La tematica del rispetto dei tempi di attesa risulta interconnessa con quella dell'organizzazione delle attività professionali in regime di *intramoenia*, erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico. Secondo il PNGLA, al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5 per cento del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m.i., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è

concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Il Piano nazionale prevede che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attui il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. Nel caso, dunque, le attività di monitoraggio⁷³ evidenzino per una data specialità percentuali di risposta entro i tempi massimi inferiori agli obiettivi stabiliti dal presente piano, le aziende devono attuare una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali. Tale strategia deve essere attuata con riferimento ai volumi di produzione istituzionale e libero professionale dei singoli operatori così come già rilevati nello specifico flusso, con riferimento all'intera équipe e di prossima rilevazione anche nel flusso della specialistica ambulatoriale. A partire dai volumi dei singoli professionisti erogati sia in attività istituzionale che in attività libero professionale legati alla specialità con criticità di tempi di attesa, l'azienda può attivarsi, tenuto conto degli specifici ruoli rivestiti all'interno dell'organizzazione aziendale, per ridefinire le proporzioni fra attività istituzionale e libero professionale in ragione delle criticità di erogazione dell'attività istituzionale, fino al totale blocco dell'attività libero professionale da protrarre fino al risolversi della criticità individuata.

Al fine della eventuale attivazione delle citate azioni correttive, all'analisi dei volumi di attività dei singoli professionisti in libera professione su una determinata prestazione, che presenta criticità nei tempi di attesa in regime istituzionale, il sistema aggiunge una verifica dei volumi di prestazioni libero professionali erogate dalla struttura in rapporto al totale delle prestazioni istituzionali erogate dalla struttura stessa in modo tenere in considerazione anche la percentuale di incidenza dell'attività libero professionale sul complessivo dell'attività erogata⁷⁴.

⁷³ Il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas. Agenas, su indicazione dell'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa. Agenas trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale ed aziendale.

⁷⁴ Le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale competono all'Organismo paritetico regionale, previsto dall'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3 e sottoposto a valutazione nell'ambito dei lavori del Comitato LEA.

Sul punto la seguente tabella riporta, per azienda sanitaria, le prestazioni per le quali è stato rilevato, almeno una volta nel quinquennio 2017-2021, il mancato rispetto del rapporto tra erogazioni istituzionali e *intramoenia*, evidenziando in rosso i casi specifici di criticità.

La rilevazione è stata effettuata, come richiesto dal PNGLA, per struttura sanitaria (aziende ospedaliere/asl) e non a livello complessivo regionale, per evitare effetti compensativi tra diversi distretti territoriali nel grado di ricorso alle prestazioni intramoenia. Ciononostante, non è emersa in sede istruttoria l'adozione, da parte di nessuna struttura sanitaria, delle necessarie azioni correttive, come invece richiesto dal PNGLA e dal PRGLA. Al riguardo, questa Sezione sottolinea l'esigenza di monitorare il rispetto dei requisiti (superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi) per lo svolgimento dell'attività in libera professione intramuraria a livello di singola struttura regionale, al fine di adottare – sempre con riguardo ai singoli distretti territoriali – le necessarie azioni correttive. Al riguardo, si prende atto di quanto dichiarato dalla Regione in sede di controdeduzioni sulle segnalazioni effettuate alle aziende nel corso del 2021 e 2022 che hanno consentito un rientro delle percentuali di attività erogata in libera professione.

Tabella 23 – Rapporto tra attività istituzionale e intramoenia: prestazioni oltre il limite

Azienda	Visite specialistiche PRGLA	2017	2018	2019	2020	2021
Asl Centro	Visita Reumatologica	89%	108%	130%	79%	26%
Asl Sud Est	Visita Gastroenterologica	149%	97%	70%	66%	65%
Asl Sud Est	Visita Ginecologica	117%	80%	79%	70%	66%
ISPRO	Visita Ginecologica	3050%	890%	440%		
A.O. Pisana	Visita Chirurgia Generale	153%	122%	113%	151%	161%
A.O. Pisana	Visita Gastroenterologica	85%	113%	147%	104%	96%
A.O. Pisana	Visita Ortopedica	1%	116%	97%	108%	101%
A.O. Pisana	Visita Reumatologica	71%	108%	94%	100%	110%
A.O. Pisana	Visita Urologica	97%	101%	113%	82%	82%
A.O. Senese	Visita Cardiologica	130%	80%	70%	57%	46%
A.O. Senese	Visita Gastroenterologica	142%	123%	102%	83%	91%
A.O. Senese	Visita Ginecologica	151%	148%	140%	76%	96%
A.O. Senese	Visita Reumatologica	120%	114%	83%	71%	77%
A.O. Careggi	Visita Cardiologica	151%	87%	87%	91%	88%
A.O. Careggi	Visita Dermatologica		5450%	12800%	65%	99%
A.O. Careggi	Visita Fisiatria	153%	42%	31%	12%	17%
A.O. Careggi	Visita Gastroenterologica	147%	140%	127%	110%	102%
A.O. Careggi	Visita Ginecologica	108%	89%	90%	113%	130%
A.O. Careggi	Visita Oculistica	97%	111%	138%	121%	108%
A.O. Careggi	Visita Ortopedica	144%	130%	146%	137%	136%
Fondazione Monasterio	Visita Cardiologica	99%	104%	104%	82%	97%
Azienda sanitaria	Accertamenti diagnostici PRGLA	2017	2018	2019	2020	2021
Asl Centro	Ecografia Ginecologica	1139%	1806%	1738%	2314%	2563%
Asl Sud Est	Ecografia Ginecologica	130%	72%	57%	75%	147%
A.O. Senese	Ecografia Ginecologica	458%	425%	391%	318%	293%
A.O. Senese	Esame del fundus oculi	56%	211%	92%	45%	1273%
A.O Meyer	Spirometria globale	27%	56%	562%	242%	175%
Fondazione Monasterio	Eco(color)dopplergrafia cardiaca	269%	0%	2%	22%	38%

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana

4.7 Deficit di “governo” delle liste di attesa e obsolescenza delle apparecchiature sanitarie.

Un ulteriore elemento in grado di incidere sulla capacità dell’offerta del servizio sanitario regionale di garantire in modo adeguato lo smaltimento delle liste di attesa è rappresentato dal mantenimento di macchinari di diagnostica tecnologicamente avanzati e idonei a preservare la sicurezza e l’efficienza operativa.

A tale riguardo, infatti, il PNGLA 2019-2021 prevede che i Piani regionali debbano riportare chiaramente e garantire “l’utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l’80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell’esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell’effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell’esigenza di sostituzione di quelle obsolete”. Tali indicazioni sono specularmente riprese nel PRGLA 2019-2021 della Toscana.

Sulla base degli elementi informativi inventariali raccolti in sede istruttoria da ESTAR⁷⁵, limitati alle grandi apparecchiature sanitarie per le quali vige un obbligo di trasmissione dei dati al Ministero della salute in virtù del flusso informativo istituito dal D.M. 22 aprile 2014, è emerso che ben 159 apparecchiature, su un totale censito di 336 unità, hanno un’età superiore a 10 anni e quindi sarebbero candidate a una sostituzione a brevissimo termine.

Secondo quanto riferito da ESTAR in sede istruttoria, non tutte le Aziende sanitarie adottano un piano dettagliato di sostituzione, pur in presenza di situazioni di obsolescenza. Ciò, ad avviso della Sezione, costituisce un’inadempienza del PRGLA 2019-2021, cui occorre porre rimedio mediante predisposizione di tali documenti di programmazione.

4.8 Il rischio di no-show

L’andamento delle liste d’attesa e dei relativi tempi di smaltimento non è influenzato solamente dalla capacità di garantire un’offerta adeguata da parte del servizio sanitario regionale; su tale

⁷⁵ In tema di ripartizione delle competenze, occorre precisare che i piani di investimento spettano alle AASS del SSR; ESTAR interviene a supporto quale centrale di committenza per l’esecuzione delle procedure di gara e nella gestione della installazione, del collaudo e della successiva manutenzione con il Dipartimento Tecnologie Sanitarie. Le politiche di ammodernamento della tecnologia sono state portate avanti con un piano regionale triennale negli anni 2016-2018.

fenomeno incidono, in modo negativo, anche le condotte dell'utenza soprattutto attraverso casi di omessa presentazione (no-show) alla data fissata per la prestazione, senza cancellazione tempestiva. Ciò introduce evidenti elementi di inefficienza, non consentendo un pieno utilizzo dell'offerta disponibile.

Nel periodo di osservazione 2017-2021 il fenomeno in discorso ha assunto dimensioni non trascurabili. La percentuale di no-show rispetto alle prenotazioni effettuate nell'anno si è mantenuta in tutto il quinquennio e pressoché in tutti i distretti territoriali superiore al 2 per cento. Non mancano inoltre casi in cui il fenomeno ha assunto portata superiore al 10 per cento.

Il sistema regionale dovrebbe quindi contrastare tali comportamenti mediante un approccio articolato su più fronti. Da un lato appaiono essenziali misure attive di tipo preventivo volte ad agevolare l'utenza nel ricordare gli appuntamenti fissati (mediante messaggi e notifiche di promemoria) nonché tese a prevedere modalità di intervento sostitutivo ad opera del sistema di prenotazione per coprire le date che via via si rendono disponibili a seguito di rinuncia offrendo l'opzione ad altri utenti in attesa. Dall'altro lato, devono essere resi effettivi i meccanismi sanzionatori per le ipotesi di no-show ingiustificato.

In merito ai meccanismi di prevenzione, la Regione Toscana nel PRGLA 2019-2021 annuncia l'intenzione di attivare "sperimentazioni atte alla valutazione dell'OutBound, ossia la chiamata attiva da parte dell'operatore del CUP, che può essere usata, una volta rilevati con 24/48 ore di anticipo gli slot non ancora prenotati in agenda, per effettuare lo scrolling (scorrimento) delle liste richiamando le persone prenotate per offrire un anticipo della data programmata. Ciò consente di liberare posti più avanti e di garantire il 100% di utilizzo dei posti disponibili". Contestualmente il medesimo Piano riferisce che "sull'utilizzo corretto dei sistemi di prenotazione e disdetta on line saranno ulteriormente promosse capillari campagne di informazione e sensibilizzazione dei cittadini, anche attraverso la collaborazione con le loro associazioni rappresentative".

Pur in questo quadro programmatico, in sede istruttoria, la Regione Toscana e le relative strutture sanitarie interessate, non hanno fornito elementi informativi utili a valutare l'effettivo grado di implementazione di eventuali campagne di informazione all'utenza o delle misure preventive di contrasto al fenomeno del no-show, né con riguardo all'introduzione di meccanismi di "promemoria" degli appuntamenti fissati per l'utenza, né sul fronte delle forme di sostituzione delle prestazioni che si rendono disponibili attraverso lo scorrimento dell'utenza. Sul punto fa eccezione la Fondazione Monasterio, la quale nella propria relazione ha dichiarato di aver adottato, a partire dal 2016, specifiche misure per contrarre il fenomeno delle disdette tardive e delle rinunce

tacite: esse consistono nel “messaggio di *remind*” sul cellulare del paziente 4 giorni prima della data prevista per l'erogazione della prestazione prenotata; l'attività di recall tesa alla conferma dei pazienti per l'imaging diagnostico (TC, RM, PET e Medicina Nucleare); l'implementazione del canale web accessibile al paziente per la disdetta della prenotazione prenotata.

Attesa l'importanza di limitare l'impatto distorsivo del fenomeno del no-show, questa Sezione raccomanda alla Regione Toscana e alle relative strutture sanitarie, ove non già effettuato, di introdurre o dare piena attuazione alle misure di contrasto preventivo, in linea con il percorso intrapreso dalla Fondazione Monasterio.

Per quanto invece attiene ai meccanismi sanzionatori, secondo quanto precisato nel PRGLA 2019-2021, l'utente che, dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale, non si presenti senza preannunciare la rinuncia o l'impossibilità di fruire la prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, è tenuto al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione ovvero il ticket, ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 143 del 27.02.2006 e s.m.i. Va, al riguardo, tenuto in considerazione che, come ricordato anche dalla Regione in sede di controdeduzioni, in base all'ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 6 del 2 marzo 2020, nei 180 giorni di emergenza proclamati con atto nazionale è stato sospeso il meccanismo sanzionatorio per i casi di mancata tempestiva disdetta degli accertamenti ambulatoriali prenotati e non utilizzati.

Dai dati raccolti in sede istruttoria in merito al livello di applicazione delle sanzioni per no-show emerge, per alcune realtà territoriali, una difficoltà nella rilevazione, elaborazione e comunicazione di informazioni aggiornate. Nel dettaglio:

- AO Senese e Fondazione Monasterio non hanno indicato le sanzioni del 2020;
- AUSL Nord Ovest non hanno trasmesso i dati sulle sanzioni del 2019 e del 2020;
- per la AUSL Sud Est: Arezzo e Siena non hanno fornito alcun dato sulle sanzioni eventualmente applicate, mentre Grosseto si è limitata a quelle del 2017.
- per la Toscana Centro, Firenze Empoli e Prato non hanno indicato le sanzioni applicate nel 2019 e 2020, mentre Pistoia non ha inviato i dati.

Ciò spinge questa Corte a raccomandare una maggiore attenzione al monitoraggio delle procedure sanzionatorie, attraverso la corretta e costante rilevazione delle informazioni. L'importanza del monitoraggio continuo trova fondamento anche nell'esigenza di evitare che ritardi nell'adozione dei provvedimenti sanzionatori, trascorso il termine quinquennale, ne determini la prescrizione.

Laddove i dati siano stati comunicati, la tabella 24 mostra difficoltà per le strutture di dare concreta attuazione alle sanzioni, essendo queste ultime sempre nettamente inferiori ai casi di no-show rilevati. L'effettività del meccanismo sanzionatorio rappresenta un elemento essenziale della relativa portata deterrente rispetto al fenomeno del no-show; per tale ragione la Corte raccomanda di dedicare maggiore attenzione alle procedure sanzionatorie, anche attraverso formule di automatizzazione delle stesse, per contenere il fenomeno del no-show su livelli fisiologici.

Tabella 24 – Casi di no-show e applicazione delle sanzioni per struttura territoriale

Struttura sanitarie (ex AUSL e AO)			2017	2018	2019	2020	2021
asl centro	Az. USL 3 di Pistoia	Prenotazioni	254.204	269.816	194.924	47.348	138.458
		No-show					
		%no-show	0	0	0	0	0
		Sanzioni applicate					
		%sanzioni/no-show					
		%sanzioni/no-show					
	Az. USL 4 di Prato	Prenotazioni	245.334	250.744	203.204	104.869	160.055
		No-show	5.834	6.435	8.438	6.803	1.642
		%no-show	2,38%	2,57%	4,15%	6,49%	1,03%
		Sanzioni applicate	2369	nd	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	40,61%	-	-	-	-
	Az. USL 10 di Firenze	Prenotazioni	523.440	515.983	497.711	253.203	283.844
		No-show	28.809	29.901	32.379	41.666	29.995
		%no-show	5,50%	5,79%	6,51%	16,46%	10,57%
		Sanzioni applicate	1.108	839	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	3,85%	2,81%	-	-	-
	Az. USL 11 di Empoli	Prenotazioni	227.880	223.376	174.405	103.020	115.018
		No-show	6.108	6.935	6.424	2.659	1.605
		%no-show	2,68%	3,10%	3,68%	2,58%	1,40%
		Sanzioni applicate	2.585	nd	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	42,32%	-	-	-	-
	Totale Asl centro	Prenotazioni	1.250.858	1.259.919	1.070.244	508.440	697.375
		No-show	40.751	43.271	47.241	51.128	41.869
		%no-show	3,26%	3,43%	4,41%	10,06%	6,00%
		Sanzioni applicate	6.062	839	nd	nd	nd

		%sanzioni/no-show	14,88%	1,94%	nd	nd	nd
asl nord ovest	Az. USL 1 di Massa Carrara	Prenotazioni	202.741	156.339	135.193	76.140	117.794
		No-show	10918	8748	6027	2950	3187
		%no-show	5,39%	5,60%	4,46%	3,87%	2,71%
		Sanzioni applicate	4948	6825	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	45,32%	78,02%	-	-	-
	Az. USL 2 di Lucca	Prenotazioni	126.734	195.482	189.958	108.022	146.158
		No-show	6010	5761	5773	3253	2994
		%no-show	4,74%	2,95%	3,04%	3,01%	2,05%
		Sanzioni applicate	4.544	7.838	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	75,61%	136,05%	-	-	-
	Az. USL 5 di Pisa	Prenotazioni	192.635	182.699	180.950	91.879	86.732
		No-show	5291	5188	4880	2735	2455
		%no-show	2,75%	2,84%	2,70%	2,98%	2,83%
		Sanzioni applicate	4286	nd	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	81,01%	-	-	-	-
	Az. USL 6 di Livorno	Prenotazioni	201.633	239.540	207.822	85.293	160.005
		No-show	12.089	11.977	11.036	6.584	6.050
		%no-show	6,00%	5,00%	5,31%	7,72%	3,78%
		Sanzioni applicate	9075	12.107	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	75,07%	101,09%	-	-	-
	Az. USL 12 di Viareggio	Prenotazioni	102.889	124.112	138.171	79.169	112.943
		No-show	2.651	3.285	2.918	1.744	2.034
		%no-show	2,58%	2,65%	2,11%	2,20%	1,80%
		Sanzioni applicate	702	2970	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	26,48%	90,41%	-	-	-
	Totale Asl nord ovest	Prenotazioni	826.632	898.172	852.094	440.503	623.632
		No-show	36.959	34.959	30.634	17.266	16.720
		%no-show	4,47%	3,89%	3,60%	3,92%	2,68%
		Sanzioni applicate	23.555	29.740	nd	nd	nd
		%sanzioni/no-show	63,73%	85,07%	nd	nd	nd
asl sud est	Az. USL 7 di Siena	Prenotazioni	153.427	159.549	146.869	41.917	51.647
		No-show	4.782	4.951	5.953	7.010	6.975
		%no-show	3,12%	3,10%	4,05%	16,72%	13,51%
		Sanzioni applicate	nd	nd	nd	nd	nd

aziende ospedaliere		%sanzioni/ no-show	-	-	-	-	-
	Az. USL 8 di Arezzo	Prenotazioni	339.007	347.553	292.406	120.762	170.144
		No-show	12.733	13.249	13.184	10.910	8.260
		%no-show	3,76%	3,81%	4,51%	9,03%	4,85%
		Sanzioni applicate	nd	nd	nd	nd	nd
		%sanzioni/ no-show	-	-	-	-	-
	Az. USL 9 di Grosseto	Prenotazioni	185.323	226.544	213.449	82.598	144.693
		No-show	7.862	8.681	10.945	9.397	9.624
		%no-show	4,24%	3,83%	5,13%	11,38%	6,65%
		Sanzioni applicate	6980	nd	nd	nd	nd
		%sanzioni/ no-show	88,78%	-	-	-	-
	Totale Asl sud est	Prenotazioni	677.757	733.646	652.724	245.277	366.484
		No-show	25.377	26.881	30.082	27.317	24.859
		%no-show	3,74%	3,66%	4,61%	11,14%	6,78%
		Sanzioni applicate	6.980	nd	nd	nd	nd
		%sanzioni/ no-show	27,51%	nd	nd	nd	nd
	A.O. Pisana	Prenotazioni	224.259	243.566	199.198	49.130	66.334
		No-show	6.226	7.531	8.017	6.514	7.026
		%no-show	2,78%	3,09%	4,02%	13,26%	10,59%
		Sanzioni applicate	1572	1661	1595	195	nd
		%sanzioni/ no-show	25,25%	22,06%	19,90%	2,99%	-
	A.O. Senese	Prenotazioni	138.182	177.994	124.745	45.641	52.150
		No-show	2.688	3.131	2.883	1.648	1.455
		%no-show	1,95%	1,76%	2,31%	3,61%	2,79%
		Sanzioni applicate	2486	2916	2720	nd	nd
		%sanzioni/ no-show	92,49%	93,13%	94,35%	-	-
	A.O. Careggi	Prenotazioni	236.580	211.205	130.165	30.425	47.272
		No-show	69.000	55.840	non rilevato	non rilevato	non rilevato
		%no-show	29,17%	26,44%	-	-	-
		Sanzioni applicate	2600	4250	nd	nd	nd
		%sanzioni/ no-show	3,77%	7,61%	-	-	-
	A.O. Meyer	Prenotazioni	40.341	55.720	34.062	5.198	7.201
		No-show	1.390	1.346	1.288	789	nd
		%no-show	3,45%	2,42%	3,78%	15,18%	-

		Sanzioni applicate	1390	1346	1288	789	nd
		%sanzioni/no-show	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	-
	Fondaz. G. Monasterio	Prenotazioni	65.336	59.776	41.692	3.881	14.642
		No-show	212	176	172	655	126
		%no-show	0,32%	0,29%	0,41%	16,88%	0,86%
		Sanzioni applicate	8	3	5	nd	nd
		%sanzioni/no-show	3,77%	1,70%	2,91%	-	-
	Totale Aziende ospedaliere	Prenotazioni	704.698	748.261	529.862	134.275	187.599
		No-show	79.516	68.024	12.360	9.606	8.607
		%no-show	11,28%	9,09%	2,33%	7,15%	4,59%
		Sanzioni applicate	8.056	10.176	5.608	984	nd
		%sanzioni/no-show	10,13%	14,96%	45,37%	10,24%	nd

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Toscana.

*Il dato complessivo sui no-show della ASL centro, per il 2021, include 8.627 casi relativi al CUP2.0.

5. La resilienza del sistema sanitario regionale allo *shock* pandemico da COVID-19

5.1 La legislazione di emergenza per il recupero delle liste di attesa. Il piano operativo regionale e l'impiego dei finanziamenti statali.

Come dimostrato dalle analisi effettuate e dalle considerazioni svolte nel precedente capitolo, i dati sui tempi di attesa registrati nel biennio 2020-2021 risentono inevitabilmente degli effetti della pandemia.

La sospensione e la riduzione dell'accesso alle prestazioni sanitarie attestato dal crollo del numero delle prenotazioni rispetto al numero delle prescrizioni, se da un lato ha fatto registrare un apparente miglioramento nel rispetto dei tempi massimi di attesa, dall'altro ha comportato la necessità di recuperare le prestazioni non effettuate anche nei confronti di coloro che non hanno potuto avere accesso al sistema di prenotazione.

Per ovviare a questa situazione, l'art. 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, ha dato la possibilità alle regioni e agli enti del Servizio sanitario nazionale di avvalersi, sino al 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo emergenziale e ridurre quindi le liste di attesa.

Per le predette finalità la legge ha autorizzato una spesa di complessivi 478.218.772 euro (di cui 365.811.792 per le prestazioni ambulatoriali) da ripartire tra le regioni tenute a presentare, per accedere alle risorse, un "*Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa*" con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.

Alla Toscana è stata assegnata una quota di 30.123.070 euro accertata sul capitolo di entrata 12582 "*COVID 19 finanziamento riduzione liste di attesa*" del bilancio 2020 interamente riscossa entro fine esercizio e impegnata per pari importo sul capitolo di spesa n. 12582 "*COVID 19 - finanziamento riduzione liste di attesa*" (spesa corrente).

Con la deliberazione di giunta n. 1225 del 7 settembre 2020 la Regione ha provveduto ad adottare il prescritto "*Piano operativo*" e, contestualmente, a ripartire le somme assegnate tra le aziende e gli altri enti del SSR.

Il Piano delegava alle singole aziende l'elaborazione di specifici piani di riassorbimento delle prestazioni non effettuate (quantificate complessivamente in 350.000, di cui 288.000 per le visite specialistiche e accertamenti diagnostici e 62.000 ricoveri) e tramite l'integrazione tra attività istituzionale, attività aggiuntiva e acquisto dal sistema privato, utilizzando anche fasce orarie ulteriori indicate dai CUP per ampliare le agende di prenotazione in regime istituzionale.

Al medesimo fine veniva richiesto alle stesse aziende di predisporre uno o più progetti con il proprio personale dirigente in regime di esclusività per erogare prestazioni aggiuntive.

Nonostante l'avvenuta ripartizione, le somme destinate alle aziende, formalmente impegnate (e liquidate) con il Decreto dirigenziale n. 21952 del 18 dicembre 2020, sono state erogate alle aziende e agli altri enti del SSN solo nel corso del 2021.

Tabella 25 – Ripartizione delle somme assegnate per il recupero delle prestazioni DGR 1225/2020

Azienda/Ente	Recupero Interventi chirurgici (ricoveri ospedalieri)	Recupero prestazioni specialistiche ambulatoriali e screening	Totale
AUSL Toscana Centro	1.602.452	5.553.636	7.156.088
AUSL Toscana Nordovest	2.067.633	6.257.043	8.324.676
AUSL Toscana Sudest	1.463.459	3.943.760	5.407.219
AOU Pisana	1.228.777	2.004.577	3.233.354
AOU Senese	599.145	1.084.621	1.683.766
AOU Careggi	1.259.486	1.950.503	3.209.989
AOU Meyer	257.336	494.065	751.401
Fondazione Monasterio	114.114	195.939	310.053
ISPRO	-	46.524	46.524
Totale	8.592.402	21.530.668	30.123.070

Fonte: Allegato B, DGR Toscana n. 1225 del 7 settembre 2020

La Regione ha riferito al riguardo in corso di istruttoria che la recrudescenza della pandemia a partire dagli ultimi mesi del 2020, con la conseguente necessità di ridestinare maggior personale ai reparti COVID, ha impedito l'attuazione dei piani di recupero delle prestazioni e quindi l'utilizzo delle risorse destinate allo scopo.

La stessa Regione ha quindi precisato che le predette risorse sono state comunque iscritte nei bilanci di esercizio 2020 delle aziende e quasi integralmente accantonate per l'utilizzo nel 2021.

Più precisamente, come ribadito in sede di controdeduzioni, una quota parziale di euro 8.090.107 è stata utilizzata entro il 2020, mentre la quota restante, di euro 22.032.963 è stata accantonata.

La legislazione emergenziale è intervenuta nuovamente nella materia delle liste di attesa nel corso del 2021.

L'art. 26 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 23 luglio 2021, n. 106, al fine di favorire un maggior recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero già oggetto del piano operativo adottato nel 2020, ha consentito alle regioni di ricorrere, oltre che alle prestazioni aggiuntive del personale sanitario già previste dall'art. 29 del decreto legge n. 104/2020 sino alla fine del 2021, anche all'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate in deroga ai limiti fissati dall'art. 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012.

Per conseguire le predette finalità la norma ha autorizzato le stesse regioni ad avvalersi delle risorse già assegnate dall'art. 29 del decreto-legge n. 104/2020 e non impiegate nel 2020 e di quota parte delle economie sulle spese per il personale sanitario di cui all'articolo 1, comma 427, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, richiedendo la rimodulazione del Piano operativo.

Nuovo impulso al recupero delle liste di attesa, è stato successivamente dato dalla legge di bilancio per il 2022.

L'art. 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 proroga al 31 dicembre 2022 le disposizioni straordinarie previste dall'art. 29 del decreto-legge, n. 72/2021, richiedendo una nuova rimodulazione del Piano operativo da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'Economia e delle finanze entro il 31 gennaio 2022.

Nei successivi commi (277-279) si ribadisce la possibilità di coinvolgere le strutture private accreditate, anche in deroga ai limiti di legge, per un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro, ripartito tra le regioni, che per la Toscana risulta pari a 4.011.737 euro.

Per la realizzazione delle predette finalità è prevista per le regioni una autorizzazione di spesa di 500 milioni a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard del 2022. La quota riservata Toscana, come attestato dalla tabella allegata alla legge, risulta di 31.542.009 euro.

Con la deliberazione di giunta n. 148 del 21 febbraio 2022 la Regione Toscana ha riformulato il Piano e ha ripartito tra le aziende le risorse aggiuntive messe a disposizione dalla legge di bilancio. In tale contesto, si dà conto che sono state già recuperate le prestazioni (prenotate e) sospese nel primo semestre del 2021, ma che è stato riscontrato un incremento delle prescrizioni di visite specialistiche nel periodo settembre-dicembre 2021 (dopo che nella prima parte dell'anno il fabbisogno di prestazioni misurato attraverso il numero delle prescrizioni, si era riportato ai livelli dell'anno 2019).

Il nuovo Piano ha inteso pertanto apprestare il recupero di un numero di prestazioni calcolate in base al c.d. “indice di cattura” ponendo alle aziende l’obiettivo del 75 per cento delle prestazioni così determinate che devono trovare soddisfazione nell’offerta pubblica (comprensiva dell’offerta del privato convenzionato).

Con questo metodo, per l’anno 2021 sono state stimate circa 250 mila visite di primo accesso e 300 mila prestazioni di diagnostica, per un totale di 550 mila prestazioni, prescritte e non soddisfatte nel sistema pubblico.

Per il recupero delle prestazioni è richiesto ad ogni azienda di predisporre un piano di riassorbimento delle visite specialistiche a livello di area vasta (con la necessità di concordare un piano complessivo tra aziende USL e aziende ospedaliere) attraverso l’integrazione tra attività istituzionale, attività aggiuntiva e acquisto dal privato convenzionato e con possibilità di prevedere ulteriori azioni rispetto a quelle indicate, previa specifica comunicazione alla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale della Regione.

Il finanziamento statale dedicato, compreso nell’ambito del Fondo sanitario nazionale, accertato e interamente riscosso nel capitolo di entrata 24136 “*Interventi istituzionali in sanità*” del bilancio di previsione 2022-2024 è stato assegnato alle aziende con la seguente ripartizione, suscettibile di modifica in base all’effettiva esigenza rilevata nel corso del processo.

Tabella 26 – Ripartizione delle somme assegnate per il recupero delle prestazioni DGR 148/2022

Azienda/Ente	Recupero Interventi chirurgici	Recupero prestazioni specialistiche ambulatoriali	Recupero Screening	Totale autorizzazione
AUSL Toscana Centro	2.886.798	6.655.186	257.782	9.799.766
AUSL Toscana Nordovest	1.496.819	6.409.722	525.510	8.432.051
AUSL Toscana Sudest	1.680.806	1.584.470	321.463	3.586.739
AOU Pisana	1.306.203	2.008.803		3.315.006
AOU Senese	698.94	563.443	22.782	1.285.164
AOU Careggi	1.413.202	1.900.618		3.313.820
AOU Meyer	429.215	553.731		982.946
Fondazione Monasterio	88.017	243.040		331.057
ISPRO	-	80.987	414.472	495.459
Totale	10.000.000	20.000.000	1.542.009	31.542.009

Fonte: Allegato B, DGR Toscana n. 148 del 21 febbraio 2022

Il recupero, secondo quanto stabilito dal Piano, deve svolgersi secondo un preciso cronoprogramma sottoposto a monitoraggio trimestrale da parte della Regione con riferimento sia ai volumi recuperati che alle risorse impiegate.

Per le prestazioni ambulatoriali, oggetto della presente indagine, questo prevede di raggiungere già per il mese di giugno 2022, l'obiettivo del 75 per cento dell'indice di cattura e del 90 per cento di rispetto dei tempi massimi.

Tabella 27 – Cronoprogramma recupero prestazioni ambulatoriali DGR 148/2022

RECUPERO ATTIVITA' AMBULATORIALE	INIZIO	FINE	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu/Dic
Determinazione del fabbisogno	gen-22	gen-22	X					
Autorizzazione di spesa	feb-22	feb-22		X	X	X	X	X
Recupero attività clinica	mar-22	dic-22			X	X	X	X
Recupero diagnostica ecografica	mar-22	dic-22			X	X	X	X
Recupero diagnostica endoscopica	mar-22	dic-22			X	X	X	X
Monitoraggio risorse e risultati	mar-22	dic-22			X	X	X	X
Raggiungimento obiettivi catchment	mar-22	dic-22			>=65%	>=70%	>=73%	>=75%
Raggiungimento obiettivo 90% tempi massimi	mar-22	dic-22			>=75%	>=80%	>=85%	>=90%

Fonte: Allegato C, DGR Toscana n. 148 del 21 febbraio 2022

Le rilevazioni sopra esposte confermano che anche i finanziamenti straordinari assegnati per il recupero delle prestazioni sanitarie non eseguite a causa della pandemia non sono stati impiegati dalla Regione Toscana con la tempestività richiesta dalla situazione di emergenza.

Si deve d'altro canto considerare che, come riferito dalla stessa Regione in sede istruttoria, la recrudescenza della pandemia con la ripresa dei contagi e dei ricoveri verificatasi sia alla fine del 2020 che nel corso del 2021 ha di fatto impedito la realizzazione dei programmi predisposti e l'utilizzo delle relative risorse.

È stato evidenziato infatti che in questi periodi il personale è stato destinato in via prioritaria alla cura dei pazienti affetti da COVID-19 e alla gestione dell'emergenza, senza poter dedicare prestazioni aggiuntive all'abbattimento delle liste che anzi si sono ulteriormente allungate in conseguenza della riduzione delle attività ordinarie, vanificando anche i risultati precedentemente conseguiti.

Tutt'altro che chiari risultano poi essere i criteri utilizzati dalla Regione nella ripartizione del numero di prestazioni da recuperare per singola azienda e dei corrispondenti finanziamenti che, come si dirà più diffusamente nel prossimo paragrafo, non sembrano essere coerenti con gli obiettivi di recupero.

5.2 Il grado di attuazione del Piano di recupero delle prestazioni

In risposta alla richiesta istruttoria formulata da questa Sezione con nota del 24 luglio 2022 diretta a conoscere lo stato di avanzamento del Piano di recupero e obiettivi raggiunti al 30 giugno 2022, come previsti dal cronoprogramma, la Regione ha trasmesso la tabella n. 28, riportata nelle pagine seguenti.

Si deve rilevare prima di tutto che il numero delle prestazioni ambulatoriali da recuperare è indicato nel minor numero di 500.000 rispetto a quello di 550.000 del Piano approvato, senza che la differenza sia stata in qualche modo giustificata e senza che risulti essere stata modificata la ripartizione dei finanziamenti tra le aziende.

L'intitolazione della colonna riportante la distribuzione delle prestazioni oggetto di recupero per ogni azienda contiene poi la dizione *"stimate in base agli importi assegnati"*.

Nella stessa tabella è riportata infine la dichiarazione di ISPRO di non avere prestazioni da recuperare, continuando tuttavia a mantenere l'indicazione di un numero di prestazioni stimate di 2.025 e di un finanziamento di 80.987 euro.

Tutto questo conferma dunque le perplessità già manifestate nel precedente paragrafo sui criteri utilizzati dalla Regione nel definire il Piano di recupero di prestazioni rispetto ad ogni singola azienda.

Sembrerebbe infatti che, dopo aver stimato il numero delle prestazioni da recuperare a livello di intero comparto mediante l'impiego dell'indice di cattura con riferimento al *gap* tra prescrizioni e prenotazioni del 2021, la Regione abbia prima ripartito il finanziamento statale ottenuto tra le aziende e quindi, sulla base di quest'ultimo, abbia fissato il numero di prestazioni da recuperare da parte di ciascuna di esse.

La Regione, in sede di controdeduzioni, ha riferito viceversa che la metodologia usata ha fatto riferimento alle prestazioni da recuperare per singola azienda e in base a queste sono stati ripartiti i fondi e che con decreto del Direttore generale, nel mese di ottobre 2022 sono state riassegnate le quote rimanenti in base al differenziale di prestazioni ancora da recuperare.

La Sezione, nel prendere atto di quanto dichiarato al riguardo, non può fare a meno di rilevare evidenti carenze nella definizione dei criteri adottati per la determinazione del numero delle prestazioni da recuperare per ciascuna azienda che non sono esplicitati negli atti adottati dalla giunta, impedendo qualsiasi riscontro sull'attendibilità degli stessi. In questo contesto non è dato comprendere se e in quali termini l'elevato numero delle prestazioni ancora da recuperare e delle risorse da impiegare alla data del 30 giugno da parte di quasi tutte le aziende sia da imputare a

ritardi o inefficienze oppure ad una sovrastima della quota di finanziamento ripartito, come sembrerebbe essere avvenuto per ISPRO.

L'analisi dei dati attesta infatti che le prestazioni ambulatoriali recuperate al 30 giugno 2022 sono state solo il 17,4 per cento (87.041 su 500.000), percentuale che sale al 21,8 per cento nella rilevazione al 31 luglio, anch'essa fornita dalla Regione, ma che rimane ben distante dall'obiettivo programmato del 75 per cento dell'indice di cattura e del 90 per cento dei tempi massimi, con il ripristino della regolare gestione delle liste di attesa previsto per quella data.

La Regione ha precisato al riguardo che la ricognizione trasmessa fa riferimento alle sole prestazioni fornite con i fondi autorizzati dalla deliberazione di giunta n. 148/2022 e che le aziende hanno recuperato ulteriori prestazioni e interventi, potenziando l'attività istituzionale.

Di tale maggiore recupero non è stato tuttavia fornito alcun riscontro numerico.

Non si può fare a meno di rilevare in proposito che i parametri scelti per definire gli obiettivi mensili del Piano, gli stessi stabiliti dalla Regione per garantire i tempi di attesa delle prestazioni fornite in via ordinaria, non si prestano del tutto a rappresentare il grado di efficienza dell'attività eccezionale di recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia. Sarebbe stato in questo senso preferibile che, rispetto a quote di recupero stimate in base alle prestazioni da erogare (e non in base al finanziamento ricevuto), fosse stato definito un obiettivo in termini di volumi recuperati e da recuperare entro determinati periodi di tempo.

Secondo i dati forniti le risorse impiegate dalle aziende al 30 giugno 2022 per finanziare le misure per il recupero risultano essere poco più di un quarto di quelle inizialmente assegnate (5.260.070 su 20.000.000) a conferma, ove il livello di finanziamento sia stato correttamente stimato, della persistente difficoltà delle aziende nel gestire con la necessaria tempestività le procedure di spesa in ambito sanitario che scontano sempre disfunzioni a livello di organizzazione e di programmazione.

In particolare, 2.469.444 sono stati impiegati per l'attività istituzionale aggiuntiva che si è fatta carico di 51.463 prestazioni (il 60 per cento del totale da recuperare) e 2.790.626 per l'attività acquisita dai privati accreditati che hanno fornito 35.578 prestazioni la maggior parte delle quali riferibili all'ambito territoriale della AUSL Toscana Centro (24.891).

Il costo medio per prestazione risulta quindi pari a circa 48 per l'attività istituzionale aggiuntiva e a circa 78 per quella acquisita dai privati.

La Regione, in sede di controdeduzioni, ha fornito l'aggiornamento dei risultati del recupero al mese di ottobre 2022, evidenziando che le prestazioni complessivamente recuperate sono 195.207 con un impiego del 69 per cento delle risorse complessivamente assegnate alle aziende.

Viene ribadito al riguardo che detto recupero fa riferimento solo alle prestazioni finanziate con DGR n. 148/2022 e non fa riferimento alla maggiore capacità produttiva degli ambulatori toscani che ha consentito alla Regione di essere la più performante per prestazioni recuperate. Sono richiamate al riguardo le rilevazioni di Agenas secondo le quali la Toscana nel 2021 e nel primo semestre 2022 è risultata la Regione più resiliente per le prestazioni ambulatoriali: nel 2021 la regione che ha diminuito meno le prestazioni erogate e nel primo semestre 2022 l'unica regione che ha fatto registrare un incremento.

La Sezione, preso atto di quanto dichiarato, ribadisce che, a prescindere dal confronto con altre realtà regionali, l'andamento del recupero delle prestazioni sospese non ha rispettato gli obiettivi del cronoprogramma definito dalla stessa Regione con ancora il 60 per cento delle prestazioni da recuperare e il 30 per cento delle risorse da impiegare al 31 ottobre 2022.

Tabella 28 Recupero delle prestazioni ambulatoriali e impiego dei finanziamenti al 31 giugno 2022

Prestazioni ambulatoriali	Da recuperare (stimate in base agli importi assegnati)	Risorse assegnate	Recupero Gennaio-Luglio 2022								% risorse utilizzate
			Attività aggiuntiva	Privato convenzionato	Attività aggiuntiva	Privato convenzionato	Totale prestazioni	Totale importi	% prestazioni recuperate		
			Numero prestazioni	Importi							
201 AUSL Centro	166.380	6.655.186	9.732	24.891	627.887	1.772.306	34.623	2.400.193	20,8%	36,1%	
202 AUSL Nordovest	160.243	6.409.722	6.431	9.040	366.459	798.058	15.471	1.164.517	9,7%	18,2%	
203 AUSL Sudest	39.612	1.584.470	10.486	1.647	106.701	220.262	12.133	326.963	30,6%	20,6%	
901 AOU Pisana	50.220	2.008.803	6.264		619.039		6.264	619.039	12,5%	30,8%	
902 AOU Senese	14.086	563.443	7.940		206.046		7.940	206.046	56,4%	36,6%	
903 AOU Careggi	47.515	1.900.618	5.678		377.752		5.678	377.752	11,9%	19,9%	
904 AOU Meyer	13.843	553.731	513		23.750		513	23.750	3,7%	4,3%	
907 Monasterio	6.076	243.040	4.419		141.810		4.419	141.810	72,7%	58,3%	
801 ISPRO	2.025	80.987	*					-	0,0%	0,0%	
Totale	500.000	20.000.000	51.463	35.578	2.469.444	2.790.626	87.041	5.260.070	17,4%	26,3%	

Fonte: Regione Toscana *ISPRO dichiara di non avere prestazioni da recuperare

6. Conclusione e raccomandazioni finali

L'indagine svolta, attraverso la verifica dello stato di attuazione del PRGLA, l'analisi dei dati sui tempi di attesa nel periodo 2017-2021 per le prestazioni ambulatoriali e, infine, l'esame delle risposte alla crisi pandemica restituisce un quadro della gestione delle liste di attesa all'interno del SSR toscano ancora caratterizzato da numerose e rilevanti criticità.

Si deve dare sicuramente atto di un processo avviato dalla Regione, in concomitanza con la realizzazione delle misure e degli interventi previsti dal PNGLA, per restituire efficienza ed efficacia alla gestione dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie, il quale tuttavia è stato interrotto dal manifestarsi dei primi effetti della pandemia nei primi mesi del 2020, proseguiti anche nell'anno successivo con ripetute sospensioni e rallentamenti dell'attività ambulatoriale non urgente, determinati da causa di forza maggiore.

Si inserisce in questo contesto il tentativo di fornire una rappresentazione più veritiera della reale capacità del Servizio sanitario di garantire l'accesso alle prestazioni mediche attraverso l'indice di cattura (il rapporto tra prestazioni prenotate e prestazioni prescritte) che la Toscana, unica regione in Italia per quanto è dato sapere, ha iniziato ad utilizzare dal 2020 per la determinazione della domanda e per il conseguente adeguamento dell'offerta e che poco dopo il suo avvio ha dovuto misurarsi con l'emergenza sanitaria innescata dalla pandemia da Covid-19.

Per quanto meritevole, tuttavia, l'iniziativa regionale deve essere accompagnata dal completamento dell'attuazione del PRGLA con particolare riferimento all'implementazione e l'utilizzo di quelle funzioni del CUP che consentano di superare le storiche e, purtroppo persistenti disfunzioni del sistema nel garantire il generalizzato e tempestivo accesso alle prestazioni sanitarie. Indispensabile e non ulteriormente rinviabile appare innanzitutto l'attivazione, nel quadro dei c.d. percorsi di tutela di procedure che consentano la registrazione di tutte le richieste di prenotazione che giungano al sistema, prendendo in carico, ad esempio nelle preliste, anche quelle per le quali non possa essere proposta una data di prima disponibilità entro i tempi massimi.

Questa carenza comporta infatti una inevitabile barriera all'accesso alle prestazioni che può comportare il rischio di sospensioni di fatto delle prenotazioni (casi di blocco liste vietati dalla legge) e che inevitabilmente determina un divario tra la domanda e l'offerta; ciò, come dimostrato nel corso dell'indagine, non rende totalmente attendibili i dati di monitoraggio ad esprimere la reale capacità di risposta del Servizio sanitario ai bisogni dei cittadini e, in definitiva, ad assicurare l'effettività del diritto alla salute riconosciuto dalla Costituzione.

L'indicatore del rispetto dei tempi massimi, come più volte ricordato, si basa infatti esclusivamente sul numero delle richieste di prenotazione accettate dal sistema, senza considerare le ulteriori richieste che viceversa, per varie ragioni, non sono prese in carico e la cui dimensione emerge in maniera netta dall'analisi della domanda che evidenzia un numero di prescrizioni significativamente maggiore delle prenotazioni.

Non si può peraltro fare a meno di notare che, nonostante ciò, le rilevazioni effettuate, riferite ad un limitato numero di richieste, continuano a presentare per diverse prestazioni tempi di attesa superiori ai massimi garantiti, pur in quadro evolutivo in miglioramento anche nel periodo precedente alla pandemia.

Ulteriori interventi devono poi essere apprestati per consentire al CUP di rilevare in maniera automatica centralizzata, oltre ai casi di blocchi cui si è fatto cenno, anche altre inefficienze nella gestione delle liste, quali l'eccedenza dell'attività libero professionale sull'attività istituzionale o l'elevato numero delle prenotazioni non disdette, fenomeni emersi dall'analisi dei dati e con riferimento ai quali appare necessario disporre di informazioni immediate per adottare provvedimenti conseguenti con la dovuta tempestività.

A fronte di una implementazione del CUP non ancora del tutto conclusa, si deve evidenziare poi la necessità di un più sollecito impiego dei finanziamenti statali destinati allo scopo dalla legge di stabilità per il 2019 che la Regione ha già totalmente incassato, ma che alla fine del 2021 risultavano quasi del tutto inutilizzati per la realizzazione delle infrastrutture informatiche secondo i programmi deliberati dalla Regione stessa.

Necessità questa che assume rilevanza ancora maggiore in considerazione del fatto che la Regione Toscana non ha mai finanziato con risorse proprie le iniziative adottate, anche autonomamente, per contenere i tempi di attesa.

Date queste premesse la risposta del Servizio sanitario toscano all'impatto della pandemia sotto il profilo del recupero delle prestazioni ambulatoriali (ma lo stesso si potrebbe dire per i ricoveri non oggetto della presente indagine) sospese o comunque ridotte nel corso del 2020 e del 2021 non è stata, com'era lecito attendersi, delle più adeguate, sia pure non peggiore di quella riscontrabile in altre regioni.

Va sicuramente riconosciuto il merito alla Regione, a fronte di un'evidente accentuazione del divario tra domanda e offerta, di avere deciso di stimare il numero delle prestazioni "sospese" nel biennio e da recuperare nel 2022 in base al rapporto tra prenotazioni e maggiori prescrizioni espresso dall'indice di cattura. Si deve tuttavia ugualmente segnalare la scarsa trasparenza nei

criteri di determinazione delle quote di recupero e della ripartizione dei finanziamenti fra le aziende che rendono difficilmente determinabile il conseguimento degli obiettivi i quali, in ogni caso, al 30 giugno 2022 con più dell'80 per cento delle prestazioni ancora da recuperare e con i tre quarti delle risorse ancora da spendere appaiono ancora lontani.

Appare inoltre evidente anche in tale contesto, al di là delle obiettive problematiche organizzative nel predisporre una offerta di prestazioni adeguata alla domanda, la persistente difficoltà del Servizio sanitario nell'impiegare con la tempestività richiesta dal caso le risorse già assegnate, che pur nella situazione di emergenza, rimangono prevalentemente non spese.

Si riassumono nella seguente tabella le criticità rilevate nella gestione delle liste di attesa del Servizio sanitario regionale toscano con l'indicazione delle misure correttive da adottare.

criticità rilevate	descrizione	effetti	Misure da adottare
Mancato/Ritardato inserimento di tutte le agende nel sistema CUP 2.0	A fine 2021 il CUP 2.0. non garantiva ancora il completo accesso alle agende dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale di tutte le strutture del SSR Toscano.	Impossibilità per i cittadini delle zone escluse di accedere alle funzioni centralizzate del CUP 2.0	Completamento delle funzionalità del CUP con la gestione accentrata di tutte le agende (realizzata nel 2022)
Mancata attivazione dei percorsi di tutela previsti dal PRGLA e in particolare delle preliste in caso di impossibilità del sistema di proporre al richiedente una data di prima disponibilità entro i tempi garantiti e prendere in carico la prenotazione.	Solo dal 2021 il CUP 2.0 è stato implementato con un modulo di gestione delle preliste, ma non sono stati forniti report o riscontri documentali che ne attestino l'utilizzo da parte delle aziende. Non risultano essere stati predisposti gli ulteriori percorsi di tutela previsti dal PRGLA come la fornitura della prestazione a mezzo dell'attività libero professionale intramuraria con costi a carico del SSR.	Sospensioni di fatto delle prenotazioni ogniqualvolta che il sistema non riesca ad assorbire tutte le richieste senza che, per quanto è dato sapere, il fenomeno sia rilevato a livello centralizzato e informatico; impossibilità di conoscere il numero delle richieste di prenotazione effettivamente giunte al sistema anche ai fini della predisposizione di un'offerta adeguata alla effettiva dimensione della domanda (fabbisogno sanitario); parziale inattendibilità dei monitoraggi sul rispetto dei tempi massimi di attesa attualmente basati sul rapporto tra le prenotazioni fornite entro i tempi massimi e il totale delle prenotazioni dove non sono tuttavia considerate quelle non accettate.	Attivazione definitiva della funzione di gestione delle preliste all'interno del CUP regionale e utilizzazione degli stessi da parte delle aziende. Attivazione degli altri percorsi di tutela previsti dal PRGLA.
Mancata attivazione nel CUP di sistemi di avviso previsti dal PRGLA in caso di indisponibilità delle prenotazioni che consentano di attestare	assenza di procedure informatiche centralizzate di allerta in grado di rilevare e segnalare autonomamente casi di liste bloccate con conseguente limitazione dell'attività di vigilanza demandata alla Regione.	Impossibilità o difficoltà nel rilevare fenomeni di blocco delle liste vietati dalla legge da parte degli organi regionali cui è demandata la vigilanza sul fenomeno e l'irrogazione delle sanzioni previste.	Attivazione della funzione all'interno del CUP (avviata a partire dal 2022).

l'eventuale "blocco delle liste"			
Mancata indicazione delle classi di priorità nella pubblicazione dei dati sul rispetto dei tempi di attesa nel sito istituzionale e nel database regionale	A differenza di quanto stabilito per il monitoraggio ex ante previsto dal PRGLA, le rilevazioni sui tempi di attesa pubblicate periodicamente sul sito istituzionale e considerate nel database regionale per la determinazione del fabbisogno sanitario comprendono anche le prestazioni di priorità U le cui risultanze vanno quindi a sommarsi a quelle delle altre classi ai fini della determinazione dei tempi massimi.	Impossibilità di avere informazione sul rispetto dei tempi di attesa riferiti a ciascuna classe di priorità. Presentazione dei dati aggregati con incidenza delle prenotazioni per classe di priorità U, non prevista dal PRGLA come oggetto di monitoraggio, sulla rilevazione della percentuale di rispetto dei tempi attesa.	Pubblicazione dei tempi di attesa con la distinzione delle diverse classi di priorità delle prenotazioni per ciascuna prestazione
Mancato/ritardato impiego delle risorse statali assegnate alla regione per l'implementazione delle strutture tecnologiche dei sistemi di prenotazione finalizzate alla riduzione delle liste di attesa (art. 1, comma 510, legge n. 145/2018).	Nonostante i formali impegni, la quasi totalità delle risorse assegnate dallo Stato e già rimosse dalla Regione risulta ancora inutilizzata per gli interventi di implementazione delle strutture tecnologiche secondo il programma regionale delle attività (22 milioni su 26 milioni totali).	Ritardi nella realizzazione degli interventi a sostegno della riduzione delle liste di attesa cui erano preordinate le risorse assegnate.	Tempestivo impiego dei finanziamenti attraverso una più solerte definizione e attuazione dei programmi di spesa.
Ritardato impiego delle risorse statali destinate al recupero delle prestazioni non effettuate nel 2020 in conseguenza della sospensione delle attività imposta dalla pandemia.	Le risorse assegnate alla Regione per il Piano di recupero delle liste di attesa ai sensi dell'art. 29 del decreto-legge n. 104/2000 di 30.123.070 euro sono state impegnate a fine 2020 e ripartite tra le aziende sanitarie solo nel 2021.	Ritardato avvio dell'attività di recupero delle prestazioni sospese a causa della pandemia.	
Nessuna destinazione di risorse proprie regionali per la riduzione delle liste di attesa	I diversi programmi e interventi adottati dalla Regione per la riduzione delle liste di attesa non sono stati accompagnati da specifici finanziamenti con risorse proprie, ma tutt'al più con la "finalizzazione" di quote del Fondo sanitario indistinto (FSI)	Difficoltà nella realizzazione dei programmi avviati in mancanza di finanziamenti specifici aggiuntivi.	Necessità di individuare risorse aggiuntive (anche proprie) per consentire la realizzazione di programmi di riduzione dei tempi di attesa definiti autonomamente dalla Regione.
Bassa percentuale di rispetto dei tempi di attesa per la maggior parte delle prestazioni in base all'indicatore TAT	Pur registrando un tendenziale miglioramento l'indice di rispetto dei tempi attesa rimane sotto la soglia del 90 per cento prescritta dal PNGLA per quasi tutte le prestazioni ambulatoriali nel 2019 e per oltre 2 terzi delle stesse nel 2021 (anno in cui la rilevazione risente ancora degli effetti della sospensione delle prestazioni imposte dalla pandemia e il dato, quindi, non tiene conto delle prestazioni da recuperare).	Mancato rispetto della percentuale dei tempi massimi di attesa stabiliti dal PNGLA, limitata capacità del Servizio sanitario di assicurare l'accesso alle prestazioni mediche con la dovuta tempestività.	Necessità di adottare misure gestionali e organizzative che consentano l'adeguamento dell'offerta alle richieste di prestazioni mediche, ripristinando il rispetto dei tempi massimi di attesa per ciascuna visita o esame diagnostico.
Bassa percentuale di prenotazioni rispetto al totale delle prescrizioni	L'indice di cattura che già nel 2019 in epoca pre-pandemia presentava valori inferiori al 75 per cento per un terzo delle	offerta prestazioni sanitarie non adeguata alla reale dimensione	Necessità di adottare misure gestionali e organizzative per adeguare l'offerta alla reale

in base all'indice di cattura elaborato dalla Regione	prestazioni si riduce in maniera significativa nel successivo biennio sino a raggiungere il valore complessivo del 64 per cento nel 2021. La forte contrazione generale dell'indice di cattura può aver peraltro contribuito, in via indiretta, al miglioramento dei livelli di garanzia del rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, essendo le stesse perimetrate su una quota inferiore di domanda.	della domanda ricavabile dal numero delle prescrizioni non totale attendibilità dei dati sui monitoraggi a rappresentare la reale situazione di accesso al Servizio sanitario.	dimensione della domanda, garantendo l'accesso generalizzato alle prestazioni sanitarie a tutti i richiedenti.
Sospetto blocco liste evidenziato dall'analisi dei dati per talune prestazioni che presentano un basso indice di cattura ed un elevato indice di rispetto dei tempi di attesa (TAT).	Si riscontra nel quinquennio considerato peggioramento del disallineamento tra domanda e offerta, cui si contrappone un miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni effettivamente assorbite dal sistema sanitario regionale. Differenze negative particolarmente consistenti tra i due indicatori possono costituire un elemento sintomatico di difficoltà del sistema sanitario nello smaltire le liste di attesa.	Sospensione di fatto delle prenotazioni in violazione della legge. Impedito accesso alle prestazioni sanitarie.	Necessità di costante vigilanza da parte della Regione sul verificarsi di casi di blocco liste anche mediante l'ausilio di sistemi centralizzati di rilevazione automatica e segnalazione all'interno del CUP regionale.
Mancato rispetto del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi per numerose prestazioni	Sulla base dei dati acquisiti sono stati rilevati nel corso del periodo considerato numerosi casi di mancato rispetto del rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale a livello di singola azienda senza che sia emerso in sede istruttoria l'adozione, da parte di nessuna struttura sanitaria, delle necessarie azioni correttive, come invece richiesto dal PNAGLA e dal PRGLA.	Prevalenza dell'attività di libera professione intramuraria rispetto all'attività istituzionale mediante la quale l'azienda è tenuta a garantire l'accesso alle prestazioni entro i tempi massimi.	Ripristino del corretto rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione intramuraria, attraverso l'eventuale contenimento di quest'ultima secondo quanto prescritto dal PRGLA.
Difficoltà nella gestione delle informazioni sulla mancata disdetta delle prenotazioni e ritardi nell'applicazione delle eventuali sanzioni da parte delle aziende	Diverse aziende non hanno comunicato i dati sulle sanzioni da applicare per mancata disdetta delle prenotazioni per tutti gli anni richiesti, peraltro laddove i dati siano stati comunicati sono state rilevate difficoltà delle strutture nel recupero delle sanzioni, essendo queste ultime sempre nettamente inferiori ai casi di no-show rilevati.	Inefficienza nella gestione delle agende per il mancato pieno utilizzo dell'offerta disponibile. Rischio di incorrere nella prescrizione in caso di ritardato recupero delle somme dovute a titolo di sanzione per la mancata disdetta.	Necessità di contenere e limitare i casi di mancata disdetta attraverso procedure di <i>remind</i> attivate all'interno del CUP. Necessità di procedere al tempestivo recupero delle somme dovute a titolo di sanzione per la mancata disdetta.
Obsolescenza macchinari sanitari	In base informazioni fornite da ESTAR 159 apparecchiature, su un totale censito di 336 unità, hanno un'età superiore a 10 anni e quindi sarebbero candidate a una sostituzione a brevissimo termine. Non tutte le Aziende sanitarie adottano un piano dettagliato di sostituzione, pur in presenza di situazioni di obsolescenza.	Difficoltà di mantenere l'efficienza operativa dei macchinari e garantirne il pieno impiego per un più tempestivo smaltimento delle liste di attesa.	Adozione dei piani di sostituzione dei macchinari più vetusti.
Criticità nella redazione del Piano regionale per il recupero delle liste di	Evidenti carenze nella definizione dei criteri adottati per la determinazione del numero delle prestazioni da recuperare per ciascuna azienda che non sono	In questo contesto non è dato comprendere se e in quali termini l'elevato numero delle prestazioni ancora da recuperare	Definire i criteri per la quantificazione delle prestazioni da recuperare a carico di ciascuna azienda con eventuale

attesa del febbraio 2022 in ordine alla determinazione delle prestazioni da recuperare da parte delle singole aziende e la ripartizione dei relativi finanziamenti	esplicitati negli atti adottati dalla giunta, impedendo qualsiasi riscontro sull'attendibilità degli stessi.	e delle risorse da impiegare alla data del 30 giugno da parte di quasi tutte le aziende sia da imputare a ritardi o inefficienze oppure ad una sovrastima della quota di finanziamento ripartito.	modifica della ripartizione delle risorse (eseguito con provvedimento dell'ottobre 2022).
Basso livello di recupero delle prestazioni in base agli obiettivi del Piano regionale al 30 giugno 2022 e scarso utilizzo delle risorse assegnate a tal fine	Alla data del 30 giugno 2022 sono state recuperate complessivamente 87.041 prestazioni su 500.000 (erano 550.000 nel Piano originariamente approvato) pari al 17,4 per cento e sono state impiegate risorse per 5.260.070 su 20.000.000.	Inefficienze nel recupero delle prestazioni rispetto agli obiettivi programmati, con conseguente difficoltà di ripristinare la gestione ordinaria delle liste di attesa anche in conseguenza del limitato utilizzo dei finanziamenti assegnati.	Necessità di velocizzare l'attività di recupero delle prestazioni sospese anche attraverso misure che consentano un efficiente impiego delle risorse ancora da impiegare.

