

Audizione informale nell'ambito dell'esame del disegno di legge n. 1161 “Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”

18 giugno 2024

Senato della Repubblica

Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale

Onorevoli Senatrici e Senatori,

il fenomeno delle liste di attesa è comune a molti sistemi sanitari, specialmente in quelli con carenza di risorse e di personale. La lista di attesa può essere definita come il tempo che un paziente deve attendere per ricevere un servizio sanitario, come ad esempio un appuntamento con un medico, l'esecuzione di un esame strumentale o di un intervento chirurgico.

Possiamo suddividere la risposta al problema delle liste di attesa in:

- 1) Gestione della domanda
- 2) Gestione dell'offerta

1. Gestione della domanda

Le politiche di gestione dell'offerta prevalgono nel Decreto Legge attualmente in conversione, attraverso i seguenti strumenti:

1. La gestione delle liste di attesa, fondamentale per ridurre la durata della lista di attesa e migliorare l'efficienza del sistema sanitario, attraverso sistemi digitali.
2. Le risorse aggiuntive, per incrementare la disponibilità di personale e velocizzare l'accesso ai servizi sanitari.
3. Il controllo e la verifica del sistema

Un centro unificato di prenotazione, con l'introduzione di misure come una struttura centralizzata di controllo a livello del Ministero della Salute, la responsabilizzazione dei Direttori Generali sul tema, una attenta vigilanza sul fenomeno, una interoperabilità tra i vari livelli, l'incentivazione del personale coinvolto nel prolungamento delle attività, l'aumento del periodo di funzionamento delle strutture ambulatoriali e diagnostiche, la creazione a livello dei consultori e delle strutture



territoriali di percorsi assistenziali multiprofessionali e multidisciplinari, sono tutte azioni che vanno a strutturare in modo significativo il governo dei tempi di attesa.

Va però tenuto presente che la creazione di macrostrutture di gestione e controllo può da sola incorrere in problematiche non indifferenti, a scapito della funzionalità di un servizio che trattando di salute deve risultare ad elevata efficienza. Elenchiamo alcuni dei problemi insiti nelle macrostrutture:

1. **Overload:** il centro di prenotazione sanitaria unico può essere soggetto a un overload di richieste, causando ritardi e inefficienze.
2. **Lack of specialization:** un centro di prenotazione sanitaria unico può non avere la specializzazione necessaria per gestire i diversi tipi di prestazioni mediche, causando problemi di gestione e di qualità.
3. **Limited resources:** un centro di prenotazione sanitaria unico può avere limiti di risorse, come ad esempio personale e strutture, che possono non essere sufficienti per gestire la domanda di prestazioni mediche.
4. **Inefficiency:** un centro di prenotazione sanitaria unico può non essere in grado di gestire efficacemente la domanda di prestazioni mediche, causando problemi di accesso ai servizi sanitari.
5. **Lack of flexibility:** un centro di prenotazione sanitaria unico può non essere in grado di adattarsi alle esigenze dei pazienti e delle strutture sanitarie, causando problemi di gestione e di qualità.
6. **Technical issues:** un centro di prenotazione sanitaria unico può essere soggetto a problemi tecnici, come ad esempio problemi di connessione o di sistema, che possono causare problemi di gestione e di qualità.
7. **Lack of communication:** un centro di prenotazione sanitaria unico può non essere in grado di comunicare efficacemente con le strutture sanitarie e i pazienti, causando problemi di gestione e di qualità.
8. **Inadequate training:** un centro di prenotazione sanitaria unico può non avere la formazione adeguata per gestire le prestazioni mediche, causando problemi di gestione e di qualità.
9. **Lack of standardization:** un centro di prenotazione sanitaria unico può non avere standardizzati i processi di gestione e di qualità, causando problemi di gestione e di qualità.
10. **Inadequate technology:** un centro di prenotazione sanitaria unico può non avere tecnologia adeguata per gestire le prestazioni mediche, causando problemi di gestione e di qualità.



Tutte le problematiche riportate sono risolvibili, ma a condizione che ci sia il tempo necessario e l'adeguato monitoraggio del sistema al fine di correggere errori o malfunzionamenti che dovessero evidenziarsi. Oltre questo è necessario un formidabile sforzo di formazione professionale per tutti gli operatori che operano all'interno delle strutture di prenotazione.

Per agevolare il sistema si possono ipotizzare alcune soluzioni:

1. Decentralizzare la prenotazione in modo che le strutture sanitarie gestiscano la prenotazione per i propri pazienti. Soprattutto in relazione alle visite di controllo, che potrebbero essere prese in carico direttamente dalla struttura richiedente ed uscire quindi dal sistema di liste di attesa. Questo equivarrebbe a smaltire milioni di prestazioni, soprattutto quelle per le patologie croniche.
2. Creare un sistema di prenotazione condiviso tra diverse strutture sanitarie, in modo che i pazienti possano essere prenotati in diverse strutture.
3. Creare un sistema di prenotazione online che consenta ai pazienti di prenotare le visite mediche in modo autonomo.
4. Utilizzare sistemi di prenotazione automatizzati che consentano di prenotare le visite mediche in modo rapido e facile.
5. Creare un sistema di prenotazione personalizzato che tenga conto delle esigenze specifiche dei pazienti e delle strutture sanitarie.
6. Creare un sistema di prenotazione collaborativo tra diverse strutture sanitarie e professionisti sanitari, in modo che i pazienti possano essere prenotati in modo efficiente e efficace

2. Qualificare la domanda

L'incremento dell'offerta, in sanità, provoca inoltre l'aumento della domanda, se non gestita, come in una sorta di circolo vizioso senza soluzione. La consapevolezza del Legislatore circa la portata del problema non può che essere un fatto estremamente positivo. Tuttavia, come tutte le soluzioni tecnologiche, non va perso di vista il vero ed unico protagonista del sistema sanitario pubblico, il cittadino malato. Per venire incontro ad una necessaria umanizzazione del rapporto di cura, andrebbero se non implementate quanto meno fortemente raccomandate nella conversione in Legge del Decreto alcune soluzioni come la creazione di network di professionisti, finalizzato a favorire un dialogo utile non solo a scopo formativo, ma anche e soprattutto ad evitare che sia il cittadino stesso o la sua famiglia a farsi carico, in solitudine, del problema di individuazione del soggetto



erogate della prestazione e relativa prenotazione; che stimoli la creazione di percorsi di presa in carico veri, grazie alla collaborazione tra gli operatori del sistema pubblico.

Alcune di queste soluzioni sono già presenti all'interno del Decreto Legge ma vanno implementate, correlate non solo alla tipologia di prestazione o alla eventuale priorità, ma anche agli ambiti di erogazione correlati alla tipologia della prestazione, dalla Casa di Comunità Hub o Spoke per il primo livello, all'ambito distrettuale / aziendale per prestazioni di media complessità, all'ambito sovra aziendale con accorpamenti di due o più ASL per prestazioni di alta tecnologia, fino al collegamento diretto tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con le reti oncologiche regionali, con i centri di riferimento per le malattie rare, con le reti regionali per le patologie reumatologiche.

Minor ruolo deve invece essere rivestito dalla "prioritarizzazione", ovvero dalla centralità del metodo delle "priorità" che ha dimostrato nel tempo tutta la sua inefficacia perché di fatto si è costretti o a dedicarvi appositi slot, con il rischio di incrementare l'attesa per alcune priorità a fronte di slot non completamente saturati, oppure a spostare continuamente gli appuntamenti di routine con inevitabile pregiudizio per gli utenti.

Vi è poi il problema della segmentazione dei flussi (primo accesso, accesso successivo).

I flussi hanno ragioni sottese e natura diverse che non possono essere confusi tra loro: nel primo accesso non vi è cognizione delle situazioni potenzialmente evolutive che il problema può riservare, c'è bisogno piuttosto di una risposta immediata a un sospetto diagnostico (per esempio per una patologia di nuova insorgenza, ancora non diagnosticata) o a un segno / sintomo importante (per esempio in caso di complicità in paziente con patologia già nota), che sarà poi determinante per le altre decisioni cliniche.

Nelle visite di controllo, invece, il paziente è noto e il medico di medicina generale o lo specialista sono coscienti delle modalità e della tempistica opportuna per affrontare il problema nel tempo. Se nel primo accesso, quindi, l'esigenza è quella di accorciare, se non azzerare la lista d'attesa, per gli appuntamenti successivi, pertanto, non si parlerà più di lista d'attesa, ma piuttosto di liste di prenotazione che saranno gestite dal medico di medicina generale o dallo stesso specialista coordinando modalità e tempistica dei controlli.

Il paziente, così, uscirà dallo studio del proprio medico o dalla struttura con la prenotazione in mano assicurandosi l'adeguatezza nella tempistica di controllo, evitando successivi inutili ingolfamenti del sistema.



Nel primo accesso l'adeguatezza e la tempestività con cui il sistema sa rispondere diventa una variabile determinante per garantire un inquadramento clinico adeguato. Le agende dei controlli, invece, verranno gestite dagli specialisti con cadenza annuale a scorrimento giornaliero.

Un particolare accenno va riservato alla gestione dei PDTA, ovvero i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che, attraverso strutture e professionisti dedicati, garantiscono la completa presa in carico di prossimità del paziente attraverso la sostituzione, per visite ed esami, del sistema CUP con il sistema delle agende dedicate sia da parte del medico di medicina generale sia del professionista, quando coinvolto nel percorso.

Le considerazioni appena riportate ci permettono di individuare, sin da subito, due precondizioni necessarie per cui il meccanismo sia in grado di funzionare correttamente. La prima risiede nella capacità di esprimere, da parte dei medici di medicina generali (MMG), una domanda sanitaria che rappresenti per la gran parte primi accessi, essendo la maggior parte dei controlli gestiti direttamente dagli specialisti. La seconda risiede nella ricetta elettronica, che rende la gestione più agevole, monitorando per ciascuna prestazione quante richieste di primo accesso vengono avanzate dai medici di medicina generale o pediatri di libera scelta (PLS) nell'arco spazio-temporale definito. Infine, è necessario ravvisare un ultimo elemento cruciale nel successo dell'iniziativa: l'adeguatezza del sistema di monitoraggio. Gli indicatori desumibili dal sistema di monitoraggio devono essere in grado di ravvisare prontamente eventuali anomalie che potrebbero risiedere sia nella necessità di implementare l'offerta, sia, viceversa, nella sovrabbondanza di posti disponibili precludendo così al professionista ed alle strutture di poter essere utilmente utilizzati in altro modo

3. Conclusioni.

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



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

La Medicina Generale, intesa sia come singolo professionista sia come sistema organizzato, riveste un ruolo cruciale nel governo della domanda di prestazioni di secondo livello; dal punto di vista del singolo professionista, nel ruolo di prescrittore e di guida relativamente all’inserimento del paziente nel percorso corretto; dal punto di vista del sistema, come organizzazione capace di prendersi carico, se messa nelle condizioni di farlo, della gestione appropriata delle agende per l’invio del paziente al livello specialistico necessario, nonché di strumenti di self-audit per la verifica ed efficientamento del proprio livello assistenziale.