

Cruzigerio
seduta del 10/5/2018



IL SINDACATO DEI MEDICI

SEGRETARIA REGIONALE

MISURE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA IN SANITA' - AUDIZIONE

Come CIMO riteniamo che questa proposta di legge sia pura e semplice demagogia.

Ricordiamo che la libera professione svolta dal medico dipendente al di fuori del proprio orario di lavoro, è consentita da una legge dello Stato, la legge 3 agosto 2007, n. 120 e il decreto-legge n. 158 del 2012 (cosiddetto «decreto Balduzzi»).

Ribadiamo, insieme a tutte le OO.SS. di categoria, le varie associazioni di medici e gli Ordini dei Medici Pugliesi, con forza la nostra contrarietà alla abolizione della libera professione medica, potendo dimostrare in pieno l'assoluta estraneità dell'Alpi rispetto alle complesse problematiche delle liste d'attesa in Puglia come in tutte le Regioni Italiane. Togliere ai medici la possibilità di svolgere la libera professione vuol dire rischiare di veder uscire dalle nostre strutture pubbliche i più bravi e capaci. L'ALPI può essere disciplinata, normata ma non certo abolita perché fa parte della libertà di essere medici e le liste d'attesa non si allungano certo a causa di essa.

Riteniamo che la libera professione sia diventata vera ossessione e un paravento per chi amministra la Sanità per giustificare le inefficienze strutturali e gestionali, che sono le problematiche reali della Sanità pugliese.

E' chiaro a noi che confinare nelle mura del settore pubblico elevate competenze professionali significa aprire praterie per l'iniziativa privata e non calmiere di certo i prezzi. Il risultato di tale operazione è una società duale, una povera per i poveri, l'altra per chi può permettersi di pagare. Senza l'intramoenia le strutture pubbliche non potrebbero più contare su 1,15 miliardi di ricavi, questo è il dato italiano del 2016 e anche la Sanità Pugliese risentirebbe di questa ulteriore perdita in un momento così economicamente difficile.

Facciamo notare che se si vuole modificare la libera professione, regolarla meglio, metterla a sistema, si riaprano i contratti di lavoro e li si finanzia in modo adeguato. I contratti di lavoro del pubblico impiego, e quindi anche quello dei medici dipendenti, non vengono rinnovati da 9 anni. Ciò ha provocato un netto calo della redditività dei medici stessi (come di tutti i lavoratori dipendenti). Libera Professione dei dirigenti medici pubblici (Alpi) significa lavoro straordinario che il medico può decidere di fare o no.

Ci chiediamo: se non si finanziano i contratti, se non si completano degli organici medici sostituendo pienamente i pensionati, se non si modificano le condizioni di lavoro e la carriera dei medici dipendenti, come si può pensare che si possa distruggere la libera professione dei medici dipendenti senza riscrivere totalmente le regole di attività e in particolare senza affrontare in modo organico e strutturato l'enorme problema della crescente richiesta delle prestazioni ambulatoriali.

Ricordiamo che la libera professione dei medici rappresenta meno dell'8% dell'attività ambulatoriale del Ssn e non supera lo 0,4% dell'attività di ricovero a livello Nazionale. Per cui in termini di logica matematica, non si capisce come la sua abrogazione possa determinare l'azzeramento delle attese dei pazienti

Le liste d'attesa sono una caratteristica strutturale di tutti i sistemi sanitari pubblici ove i pazienti non sono chiamati a pagare la prestazione di tasca propria ed il tempo di accesso ai servizi e non la disponibilità a pagare, ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda ed offerta. I tempi d'attesa rappresentano il risultato di fenomeni complessi quali la disponibilità di tecnologie diagnostiche e di terapie sempre più sofisticate, il cambiamento demografico ed epidemiologico in atto con l'aumento di malattie ad andamento cronico che richiedono frequenti controlli clinici, la crescente domanda di salute legata alla maggiore informazione e consapevolezza dei cittadini, ma anche l'influenza che su di essi esercita lo sviluppo di un (super) mercato della salute, esterno al SSN, che marcia indisturbato a grandi passi verso il trionfo inflazionistico della medicina e della medicalizzazione pervasiva della società.

Si osserva che le leggi vigenti garantiscono il diritto dei medici a esercitare una professione liberale e il diritto del cittadino di scegliersi un medico di propria fiducia in un periodo critico della sua vita. Il SSN offre i servizi, la singola prestazione chirurgica o diagnostica, ma non può sempre garantire quale medico la eseguirà, per ovvi motivi organizzativi, resi ancora più critici dal sistematico definanziamento del SSN che ha caratterizzato questi anni di crisi economica. La libera professione permette questa scelta, rappresenta, a ben guardare, un valore aggiunto per le Aziende e la possibilità per gli utenti di acquisire prestazioni diagnostiche e terapeutiche sicure e di qualità, in quanto garantite dal SSN.

Si ribadisce quindi che La libera professione, piuttosto, contribuisce a contenere il fenomeno delle liste d'attesa permettendo l'accesso ad un canale sostenuto dal lavoro aggiuntivo dei professionisti, a costi calmierati e ad imposizione fiscale certa. Inoltre, essa rappresenta per le Aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire con proprio personale prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali, anche in regime di ricovero, intercettando ed introitando denaro che altrimenti andrebbe ad alimentare il settore privato.

Pensare quindi che quello della libera professione sia il meccanismo principale che impedisce agli ammalati l'accesso equo ai servizi è certamente fuorviante.

La CIMO ha reiteratamente proposto ai politici, soluzioni al problema spesso trascurate :

- 1 - incentivare il ricorso all'Istituto della produttività aggiuntiva nell'ambito di accordi contrattuali aziendali che coinvolgano tutto il personale;
- 2 - estendere ai programmi di abbattimento delle liste d'attesa i benefici fiscali e contributivi previsti per l'incremento della produttività nel privato;
- 3- trasformare i ticket pagati dai cittadini in una risorsa aggiuntiva da utilizzare per l'abbattimento delle liste d'attesa, non sottraendola al finanziamento ordinario destinato alle Regioni;
- 4 - prevedere specifiche incentivazioni per l'erogazione dei servizi in orari serali e prefestivi.
- 5 - intervenire anche sul versante della domanda migliorandone l'appropriatezza e il governo su classi di priorità.

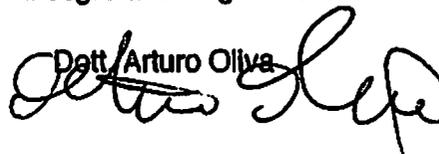
Si ritiene evidente, in definitiva, il rischio di regalare al privato, che si sta attrezzando con prestazioni *low cost*, quote economiche importanti contribuendo ancor di più al

definanziamento della sanità pubblica tali da impedire a medici pubblici dotati di elevate conoscenze professionali e sofisticate capacità tecniche di stare sul mercato.

Una politica cieca fatta di chiusura e scarsa competenza ottiene solo un SSN povero per i poveri.

Bari 2/05/2018

il segretario Regionale CIMO

Dott. Arturo Oliva


Al Presidente della III Commissione Sanità della Regione Puglia

Dott. Giuseppe Romano

Mail: terza.comm@consiglio.puglia.it

Pec: commissioneconsiliare-3-6@pec.consiglio.puglia.it

Protocollo n. 991/2018

Data 26/04/2018

Rif

Oggetto **proposta di legge “Misure per la riduzione delle liste d’attesa in sanità” primi provvedimenti.
Osservazioni.**

Egregio Presidente III Commissione Sanità Regione Puglia Dott. Giuseppe Romano

I sottoscritti Presidenti degli OPI delle provincie di Foggia, Lecce e Taranto con riferimento al disegno di legge n.814/A recante “*Misure per la riduzione delle liste d’attesa in sanità-Primi provvedimenti*”, fanno notare che il problema della gestione delle liste e dei tempi di attesa è diffuso in tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie. A determinare le liste di attesa concorre una molteplicità di fattori complessi, che riguardano: la crescente richiesta di prestazioni sanitarie dovuta all’invecchiamento della popolazione e al progresso tecnologico; la percezione del proprio stato di salute da parte dei cittadini; la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa. La razionalizzazione delle liste di attesa rappresenta un obiettivo prioritario per un sistema sanitario mirato all’efficienza e all’equità. Tale scopo va raggiunto con la formulazione di idonei programmi e di misure efficaci, effettivamente capaci di garantire il rispetto della tempestività delle prestazioni.

Il D.Lgs 120/2007 promosso dalla Ministra Livia Turco poneva l’obiettivo di un progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell’ambito dell’attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di LPI, al fine di assicurare che il ricorso a quest’ultima fosse conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell’organizzazione dei servizi.

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758

Alla luce di quanto sopra esposto, gli OPI delle provincie di Foggia, Lecce e Taranto, nel rappresentare l'indubbia rilevanza della proposta di legge, che ha "messo mano" ad un problema di fortissimo disagio sociale e che coinvolge l'utenza e gli stessi professionisti sanitari, spesso indicati come il capro espiatorio del mal funzionamento del sistema, ritengono opportuno formulare le seguenti considerazioni e proposte.

La proposta di legge per come formulata pare addebitare ai medici la colpa delle infinite liste d'attesa, ma tale considerazione appare riduttiva se rapportata al complesso sistema salute, che non inizia e finisce con il personale medico, ma interessa una platea eterogenea di figure professionali che lavorano in Team, quali gli infermieri, le figure sanitarie tecniche, gli amministrativi, che sono costretti a rapportarsi con macchinari diagnostici e strumentali talvolta obsoleti o non utilizzabili per carenza di forza lavoro.

Il sistema sanitario nazionale rischia in alcune Regioni, allo stato attuale, uno sgretolamento per decomposizione dei suoi elementi costitutivi:

- Leggi spesso inapplicate
- Amministratori poco competenti
- Interventi inefficaci e inefficienti
- Risposte inappropriate ai bisogni o spesso poco tempestive
- Budget sempre più risicati per la sempre maggiore contrazione dei fondi

A fronte di questo quadro palesemente "deprimente" vi è sempre maggiore richiesta e bisogno di salute dove i problemi si susseguono sino a sfociare in vere e proprie emergenze, che vengono affrontate, anche come nel caso delle liste d'attesa, con interventi tampone che non risolvono alcunché, ma generano i presupposti per la creazione di altre nuove emergenze.

A tal proposito è opportuna una visione d'insieme del problema per poter intervenire alla radice delle criticità con interventi efficaci e mirati.

Il problema delle liste d'attesa non rappresenta una novità, è emerso varie volte da diversi studi che evidenziano come spesso i LEA non siano garantiti e vi sia associata una scarsa disponibilità di Servizi sanitari con gravi criticità a livello di salute.

Per risolvere o meglio “aggreddire” il problema delle liste d’attesa è opportuno prendere come riferimento gli interventi mirati posti in essere in altre Regioni d’Italia.

In Emilia Romagna è stato varato nel 2015 il primo “Piano Nazionale sulle liste d’attesa”, che ha visto raccogliere i primi frutti nel 2016, dove nel 98% dei casi le visite specialistiche e gli esami diagnostico-strumentali vengono effettuati nei tempi previsti, rispettivamente entro 30 o 60 giorni, dal momento della prenotazione, mentre le urgenze continuano a essere assicurate in base alle priorità. L’esempio dell’Emilia Romagna è stato indicato dalla stessa ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, come «*un modello da seguire*».

In Emilia Romagna sono stati investiti circa 10 milioni di euro e assunti 149 professionisti. Con più personale sanitario è stata garantita l’apertura degli ambulatori nelle ore serali dei giorni feriali, il sabato e la domenica. Inoltre, per agevolare l’accesso alle prestazioni più richieste, quindi a maggior rischio di lunghe attese, le aziende sanitarie hanno deciso di sottoscrivere convenzioni con strutture private accreditate. Tra gli interventi realizzati vi è la semplificazione delle agende delle prenotazioni per i primi accessi; per le visite successive, le aziende sanitarie hanno realizzato la presa in carico del paziente senza rinvio al medico di medicina generale e successivo nuovo rinvio al Cup per la prenotazione. Per evitare esami inutili, inoltre, è stata rafforzata la collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti. In ogni azienda sanitaria è stata istituito poi un responsabile unico dell’accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali che ha il compito di gestirle e modificarle.

Proposte:

1. Ridefinizione dei volumi di attività e della tipologia di prestazione;
2. Riprogrammazione dell’assistenza specialistica e diagnostico-strumentale dove deve essere garantita l’apertura dei Servizi pubblici 12h al giorno, 7 giorni su 7 e la sottoscrizione di specifici accordi con le strutture accreditate private;
3. Acquisizione di moderne apparecchiature e attivazione di nuovi ambulatori attraverso un efficace lavoro di squadra fra i medici ed infermieri;
4. Garantire appropriatezza prescrittiva e consolidamento dei percorsi dedicati a pazienti con patologie croniche. Per quanto concerne lo sviluppo ed il consolidamento dei percorsi dedicati ai pazienti cronici si propone l’attivazione di un modello organizzativo di presa in carico



multiprofessionale del paziente cronico complesso, introducendo la figura dell'infermiere care manager/infermiere di famiglia in integrazione con le altre figure professionali coinvolte negli specifici percorsi. La popolazione target del Percorso Cronicità comprende i soggetti ambulabili e non istituzionalizzati, ad elevata vulnerabilità sanitaria e sociale, con elevati livelli di dipendenza, di multimorbosità e di utilizzo dei servizi affetti da malattie respiratorie croniche (BPCO oppure pazienti in ossigenoterapia); malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco); diabete mellito ecc.:

5. Assumere nuovo personale infermieristico per copertura dei posti in organico. Senza personale non ci può essere sanità pubblica e di conseguenza aumentano le liste d'attesa, aumentano i disagi per i cittadini, che, arrabbiati non possono fare altro che rivolgersi al privato.

In attesa di un Vostro cortese riscontro, cogliamo l'occasione per inviare distinti saluti.

Presidente OPI Foggia – dr. Michele Del Gaudio

Presidente OPI Lecce – dr. Marcello Antonazzo

Presidente OPI Taranto – dr.ssa Benedetta Mattiacci

Al Presidente della III Commissione Sanità della Regione Puglia

Dott. Giuseppe Romano

Mail: terza.comm@consiglio.puglia.it

Pec: commissioneconsiliare-3-6@pec.consiglio.puglia.it

Protocollo **1120/2018**

Data **09/05/2018**

Rif

Oggetto: **Integrazione a "Liste d'attesa"**

Egregio Presidente III Commissione Sanità Regione Puglia Dott. Giuseppe Romano

I sottoscritti Presidenti degli OPI delle provincie di Foggia, Lecce e Taranto con riferimento al disegno di legge n.814/A recante "*Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità-Primi provvedimenti*", e facendo seguito a quanto già dedotto con la nota del 23 aprile U.S. intendono, ad integrazione di quest'ultima, formulare le seguenti ulteriori proposte:

- a) programmazione ad hoc del bisogno in ambito ospedaliero e territoriale sulla scorta delle prestazioni eseguite nell'anno precedente (ridefinizione dei volumi delle attività e della tipologia delle prestazioni).
- b) verifica dell'appropriatezza delle cure sia prescrittive che di erogazione contestualmente alla programmazione e alla verifica di qualità.
- c) verifica di qualità tanto della programmazione quanto del riscontro del già fatto.
- d) aumento dell'offerta sanitaria con aumento della capacità produttiva dei servizi.
- e) acquisto di apparecchiature con assunzione lì dove necessario di personale sanitario.
- f) attivazione di nuovi ambulatori specialistici medici ed infermieristici soprattutto in ambito territoriale, ambulatori almeno h.12 in grado di risposte tempestive, qualificate, efficaci così da decongestionare i Pronto Soccorso.



- g) sviluppo e consolidamento dei percorsi dedicati ai pazienti cronici con l'attivazione di un modello organizzativo ed una presa in carico multi professionale (introduzione della figura dell'infermiere core manager / infermiere di famiglia in integrazione con le altre figure professionali coinvolte negli specifici percorsi).

Si ribadisce il bisogno di assunzioni del personale infermieristico per la copertura di posti in organico.

In attesa di un Vostro cortese riscontro, cogliamo l'occasione per inviare distinti saluti.

Presidente OPI Foggia – dr. Michele Del Gaudio

Presidente OPI Lecce – dr. Marcello Antonazzo

Presidente OPI Taranto – dr.ssa Benedetta Mattiacci



UNIVERSO SANITA'
SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI
U.S.S.M.O.

Segreteria Regionale

AUDIZIONE 10 maggio 2018

III Commissione Consiliare Permanente

“Misure per la riduzione delle liste di attesa in sanità. Primi provvedimenti.”

Il Sindacato USSMO ringrazia il Presidente ed i Componenti la III Commissione per l'opportunità datagli al fine di poter fornire il proprio contributo alla discussione della proposta di Legge Regionale in esame.

Premesso che le Liste di Attesa sono un problema spinoso che interessa la quasi totalità delle regioni italiane e che ricade, con nostro grande disappunto, sulle richieste di salute e cura da parte dei Cittadini, **esprimiamo il nostro parere negativo sulla proposta di Legge** che va anche sotto il nome del Consigliere Amati.

Il nostro dissenso è nel contempo formale e sostanziale per vari motivi.

Preliminarmente diciamo che Alpi e Liste di Attesa sono due entità e due problematiche diverse.

L'attività libero professionale è regolata da leggi e contratti collettivi.

La legge in esame, invece, sembra addossare responsabilità al mondo delle professioni mediche criminalizzando una categoria che, al netto del malcostume comune a tutto il mondo delle professioni, rimane un pilastro fondamentale del sistema sanitario.

Infatti, a leggere la legge, il primo messaggio che passa nei confronti dei Cittadini è che le Liste di attesa sono legate all'attività Alpi dei Medici e pertanto i Medici ne favoriscono l'allungamento per poter effettuare le prestazioni Alpi. Bloccando tale attività si otterrebbe un miglioramento della situazione.

Già questo messaggio subliminare, in una Regione che ha il non invidiabile primato del numero aggressione ai medici ed al personale sanitario, andrebbe accuratamente evitato.

Ed ancora, nella stessa Relazione di accompagnamento, a pagina 2, quando viene riportato “anche per respingere eventuali sospetti sulla artificiosa funzionalità delle liste di attesa alla crescita dell'attività libero-professionale” si rafforza implicitamente (e ci auguriamo involontariamente) un concetto di malafede del professionista.

Questo assunto è inaccettabile perché non vero, offensivo e lesivo della dignità professionale del Medico.

A ben guardare, a contraddire l'opportunità di questa Legge, è proprio quanto riportato dal Consigliere Amati e gli altri firmatari. Questi, nella loro Relazione di presentazione, inquadrano l'attività libero professionale del personale sanitario come “esercitata **fuori dall'orario di lavoro, su libera scelta dell'assistito pagante, ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.**”

Tre concetti molto importanti e veritieri in quanto il medico, nella fattispecie, effettua l'Alpi:

- Dopo che ha terminato il suo orario di lavoro istituzionale;
- Su scelta consapevole dell'assistito, che individua nello specifico professionista la persona a cui rivolgersi per le sue richieste sanitarie;
- Ed a supporto ed integrazione dell'attività istituzionale dovuta. Infatti, gli estensori, così scrivendo, confermano implicitamente che il medico, per poter eseguire l'Alpi, deve aver effettuato prima la sua regolare attività in forma istituzionale.

I tre assunti contrastano con la legge proposta come un macigno tombale che chiuderebbe ogni discussione dal momento che il medico effettua regolarmente la sua attività istituzionale. E, a meno che non si voglia insinuare che il professionista sia un nullafacente, null'altro potrebbe fare per modificare lo stato attuale delle cose.

Nessuno prende in considerazione la mole di lavoro del medico sommerso nella sua attività lavorativa anche da una crescente attività burocratica che toglie tempo all'attività assistenziale.

Ancora una volta si evita di affrontare seriamente il problema liste di attesa perché comporterebbe una adeguata assunzione di medici e personale sanitario ed un avvio della Medicina del Territorio, nelle forme necessarie, sempre invocata e mai pienamente attuata.

La scarsità di medici e personale sanitario è stata da sempre denunciata dai Sindacati e, a supporto della fondatezza delle denunce, giungono le sentenze del Tar Bari (n. 566, 569, 571, 572 del 2018, Seconda Sezione, presidente Adamo) nelle quali viene stigmatizzato come la riduzione delle piante organiche metta a serio rischio la erogazione dei LEA.

Se tale riduzione delle piante organiche era problematica già nell'anno 2012, cosa pensiamo stia accadendo nell'anno 2018 dove il numero dei medici si è sensibilmente ridotto e gli stessi, sempre più vecchi, svolgono con fatica, grande sacrificio e senso del dovere l'attività istituzionale?

Se lo stesso TAR Bari rileva che i medici sono soggetti a superlavoro anche confliggendo con il limite orario stabilito, come si può pensare che bloccando l'attività Alpi (fatta fuori dall'orario lavorativo) un medico possa fare più visite istituzionali di quelle che già effettua se normalmente lavora oltre l'orario istituzionale?

In ragione di tutto ciò, quando nell'illustrare il comma 3 si riporta: "sospensione dell'attività libero professionale per indirizzare tutte le dotazioni umane e strumentali del servizio interessato al recupero di una tempistica più adeguata così da poter tornare rapidamente (articolo 4) ad assicurare la scelta tra i diversi regimi al paziente", viene da pensare che chi propone la Legge non abbia assoluta contezza della realtà dei fatti.

Dato, invece, che è stato pienamente colto dal Giudice Amministrativo, anche se per altre motivazioni.

Noi riteniamo che non ci sia alcuna necessità di attuare questa Legge e che il Regolamento Regionale 11 febbraio 2016, n. 2 "Linee Guida sull'attività libero – professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.", varato, sottolineiamo, dall'attuale governo regionale, sia perfettamente adeguato a normare l'attività e ad operare i necessari controlli per una corretta esecuzione dell'attività Alpi del Medico e del Personale Sanitario.

In esso vi sono tutti gli elementi necessari a garanzia del Cittadino!

Innanzitutto all'art. 6 è previsto l'**Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'Alpi**. Trattasi dell'Organismo misto (Associazioni dei Cittadini, Azienda e OO.SS.) deputato al controllo della corretta esecuzione dell'Alpi.
Se questo Organismo non si è riunito, la colpa non è dei medici! Noi chiediamo che si convochi.

Nell'art. 2 del Regolamento, sono ben stabiliti i Principi Fondamentali che regolano l'esercizio dell'attività L.P. intramuraria ed i doveri del professionista. La rigidità della normazione già risponde a totale elemento di garanzia del Cittadino.

La stessa indicazione per ogni medico di **garantire la prevalenza dell'attività istituzionale su quella Alpi** è indice di particolare attenzione per la corretta erogazione delle attività da parte del medico.

Nello stesso articolo viene dato mandato ai Direttori Generali di adeguare i tempi di attesa ai limiti regionali deliberati dando loro tutti gli strumenti necessari alla sua attuazione. Se i controlli vengono fatti regolarmente, nessun professionista potrà derogare a ciò.

Ed ancora l'art. 13, "**Revoca e sospensione dell'esercizio dell'Alpi**", già prevede adeguati strumenti sanzionatori nei confronti dei medici che non rispettano le indicazioni contenute nel regolamento, in special modo al punto b), allorché si verifichi uno squilibrio a favore dell'Alpi rispetto ai volumi ed ai tempi dell'attività istituzionale.

Questa forma di restrizione è opportuna e condivisa qualora il medico sia inadempiente.

Ma tutto ciò non ha nulla a che vedere con il blocco dell'attività per tutti i professionisti di una disciplina solo perché vi sono lunghe liste di attesa in quella determinata specialità.

Vuol dire ammettere la propria incapacità a fare controlli accurati sull'operato dei professionisti.

Esaminando quanto è ancora riportato nell'art. 3 della proposta di legge, laddove si individua in 5 giorni il divario posto come limite di allungamento della prestazione istituzionale rispetto a quella Alpi, rafforziamo il nostro convincimento che, non solo non ci si rende conto della realtà dei fatti, ma la questione si idealizza al punto tale da renderla utopica.

Ci rendiamo conto di quanto sia avvilente per un cittadino dover attendere dei mesi per una prestazione (visita o esame strumentale) e che questi rimanga disorientato nel vedere la rapidità con la quale si può ottenere in attività libero professionale. Ma il rimedio proposto non è efficace, perché non è all'origine delle liste di attesa. Né è condivisibile fermare un'attività regolarmente normata solo perché non si è capaci di gestire quella istituzionale.

Ho sentito portare esempi di prenotazioni di visite ed esami, in attività istituzionale molto dilatate nel tempo rispetto alle prestazioni Alpi.

Il valore non è raffrontabile in assoluto. Occorre verificare il volume delle prestazioni in esame. Se nella lista istituzionale vi sono decine di persone rispetto ai numeri esigui dell'Alpi, il divario è giustificato. Per fare 100 visite ci vuole più tempo che farne 10.

Inoltre, nelle valutazioni del fenomeno, non si tiene conto che gli organici sono ridotti all'osso. In alcuni reparti si riesce a mala pena a coprire le guardie e l'attività di reparto. Quell'unico medico in turno per attività ambulatoriale, spesso impegnato anche nell'attività di reparto, nulla può fare per smaltire le decine di richieste che inevitabilmente si accumulano.

Alcuni reparti facevano funzionare brillantemente più ambulatori specialistici. Adesso, a causa dei pensionamenti e riduzione del personale, a mala pena riescono a farne funzionare uno.

Quali sono i nostri suggerimenti:

Già dall'epoca dell'assessore Gentile il Sindacato USSMO contesta la "vision" regionale del Problema Liste di attesa perché non tiene in alcun conto la carenza degli organici medici come sua fonte di origine.

Le liste di attesa esistono perché i medici sono in numero insufficiente per far fronte alle richieste delle persone, specie nelle strutture ritenute di maggior pregio e dove più numerose risultano le richieste di prestazione sanitaria.

Da tempo porto lo stesso esempio: Se 15 persone sono in coda davanti uno sportello, qualora gli sportelli diventassero due la coda si ridurrebbe alla metà e, così, se fossero tre la coda si ridurrebbe ad un terzo.

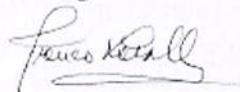
Detto ciò l'unica vera soluzione al problema liste di attesa in ospedale è quella di effettuare **le assunzioni** dei medici ospedalieri in maniera da rendere gli organici adeguati al lavoro istituzionale da svolgere. Anche se riteniamo che l'attività ambulatoriale negli ospedali debba essere riservata ai pazienti dimessi di recente, alle prime visite di particolare impegno specialistico, agli esami strumentali con grosse macchine o di particolare complessità.

La gestione della cronicità andrebbe svolta tutta sul territorio sia negli studi dei medici di medicina generale che negli ambulatori specialistici anche dei colleghi delle branche a visita.

Per dare corpo a tutto ciò, è utile:

- implementare l'attività specialistica sul territorio, sempre con le assunzioni. Ripeto che non è concepibile che sia l'Ospedale, una struttura pensata per trattare i pazienti acuti, debba dispensare le prestazioni ambulatoriali solo perché la medicina del territorio non è sufficientemente rappresentata e capace di farsi carico delle cronicità.
Il medico ospedaliero deve essere dedicato prevalentemente alla cura dei degenti.
- dare ai Medici di Medicina Generale la possibilità di farsi carico della gestione della cronicità anche effettuando esami strumentali quali ecg, spirometrie, esami di laboratorio. All'Aress è già pronto un protocollo di intesa che speriamo venga, in tempi brevi, messo in atto.
- fare assunzioni a progetto (riduzione liste di attesa) in ambito specialistico che avrebbero anche il pregio di fornire occupazione ai giovani colleghi.

Dr Franco Lavalle
Segretario Regionale U.S.S.M.O.





OPI BAT

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Barletta Andria Trani

Protocollo: 114

Data 17/05/2018

Bari, li 16 maggio 2018

Al Consiglio Regionale della Puglia

III Commissione consiliare permanente

Oggetto: Analisi e valutazione proposta di legge “Misure per la riduzione delle liste d’attesa in sanità – Primi Provvedimenti”

Allegati: Progetto Nardino; Progetto Leonardo; B.u.r. Veneto n.85 del 4/09/2015

Scriventi Ordini delle professioni sanitarie infermieristiche di Bari e Bat, in esito all’audizione in III Commissione sul DDL in oggetto, formalizzano con la presente le considerazioni ivi espresse nella forma verbale.

In via preliminare si ribadisce la piena condivisione della “ratio” e degli obiettivi che il provvedimento legislativo in esame esprime e delle modalità attuate dalla Regione nel confronto e partecipazione con gli organismi professionali di rappresentanza.

Esprimiamo con riserva soddisfazione per un provvedimento che, com’è noto, presenta analogie significative con quanto già realizzato in Regione Toscana con risultati che sembrerebbero essere soddisfacenti.

La proposta, tesa alla riduzione delle liste d’attesa e al riequilibrio dell’attività istituzionale contrattuale dovuta dai Professionisti Sanitari rispetto a quella in Alpi, metterebbe maggiore ordine in un sistema “Complesso, variegato e di difficile lettura e accesso per i cittadini”.

Alcuni dati forniti dalla Regione sull'argomento, documentano in maniera incontrovertibile, in ogni ambito di attività ALPI, un disequilibrio a favore dell'attività svolta in Alpi rispetto a quella istituzionale.

La lettura dei siti istituzionali di tutte le Aziende Sanitarie in cui si realizza attività in ALPI evidenzia la totale carenza di informazioni utili a conoscere le prestazioni e l'organizzazione funzionale cui deputate le singole UU.OO. e i singoli professionisti. Ciò determina l'impossibilità di evidenziare l'attività istituzionale cui deputata la singola U.O e il singolo professionista.

Tanto determina l'impossibilità di conoscere dati ritenuti essenziali per determinare il volume prestazionale di attività in istituzionale rispetto all'ALPI.

L'accesso al servizio sanitario, soprattutto nella diagnostica, vede l'attività istituzionale inadeguata nei tempi dell'erogazione delle prestazioni per cui, è necessario rivolgersi al privato pur nelle possibili difficoltà economiche del cittadino che è quasi obbligato a non scegliere in virtù di un diritto alla salute che è leso dai lunghi tempi di attesa dell'attività istituzionale.

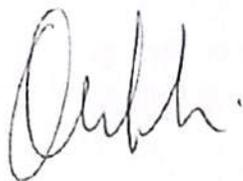
L'attività del Responsabile unico delle liste d'attesa denominato "Rula" diviene, a pieno titolo, figura cardine e responsabile di tutto il processo aziendale finalizzato al riequilibrio dell'attività istituzionale rispetto a quella in Alpi.

In ultimo, vogliamo promuovere per le finalità in oggetto, due proposte che impattano sulle "Liste d'attesa":

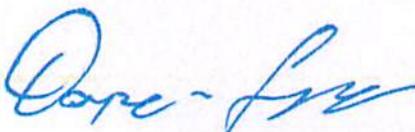
1. **Puntare sull'infermiere "Care Management" e sull'assistenza Territoriale**
2. **Promuovere il modello adottato in Portogallo che trasforma le liste d'attesa in tempi d'attesa attraverso l'utilizzo di un "voucher" da utilizzare in qualunque struttura pubblica se il suo bisogno di cure non è soddisfatto nei tempi previsti.**

Certi di aver dato un parere costruttivo per un percorso che doveva essere necessariamente avviato, si porgono cordiali saluti.

Il Presidente OPI Bari, Saverio Andreola



Il Presidente OPI di Bat, Papagni Giuseppe



Proposta Opi Bari - Bat

Il problema delle liste d'attesa è un argomento di grande interesse politico e sociale.

Gli ordini delle Professioni Infermieristiche delle province Bari e Bat propongono una lettura politica del contesto sanitario pugliese e si fanno promotrici di alcune proposte, puntano al miglioramento della salute pubblica.

Due spunti di riflessione che cambiano totalmente il modo di inquadrare il problema "liste d'attesa", proponendo una visione che vede al centro il cittadino con il suo bisogno di salute.

1. Puntare sull'infermiere "Care Management" e sull'assistenza Territoriale

Solo pochi anni fa quasi tutto si concentrava sull'acuzie e sull'assistenza ospedaliera. Oggi l'età che avanza è sotto gli occhi di tutti, il nostro paese è uno tra i più longevi e, soprattutto, uno di quelli considerati di più in "buona salute".

Le patologie croniche sono in aumento e aumenta la non autosufficienza. I bisogni di questo tipo avrebbero necessità di un modello nuovo di assistenza che non c'è.

Secondo l' Oms l'82-85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta il vero grande problema dei Paesi industrializzati assieme alla crescita esponenziale della spesa sociale, legata all'invecchiamento della popolazione ma anche all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici.

Tutti i cittadini in base ai primi risultati **dell'Osservatorio civico Fnopi-Cittadinanzattiva** giudicano gli infermieri professionisti che si rivolgono loro con gentilezza e cortesia, sono disponibili all'ascolto, mostrano vicinanza, comprensione e anche emozioni rispetto ai pazienti. I cittadini si sono sentiti sicuri durante l'assistenza infermieristica e gli infermieri hanno anche fornito a pazienti e parenti informazioni chiare e comprensibili.

Ma si lamentano perché gli infermieri sono pochi. Hanno poco tempo da dedicare al contatto con le persone, anche perché spesso occupati in attività che li allontanano dall'assistenza vera e propria.

Tutto questo accade soprattutto in ospedale, mentre sul territorio c'è quasi il vuoto, tanto che i cittadini vorrebbero avere la possibilità di poter scegliere un **infermiere di famiglia/comunità** come si fa col medico di medicina generale, vorrebbero trovare gli infermieri nella farmacia dei servizi, avere la possibilità di consultarli in determinati casi come il trattamento di ferite e lesioni cutanee e averli disponibili anche nelle scuole, per bambini e ragazzi che ne potrebbero aver bisogno.

Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati quindi ad esercitare un ruolo sempre più incisivo, basato sulla sinergica collaborazione con i medici e gli altri professionisti

sanitari, che riconosca le professionalità acquisite e capaci di contribuire ad innalzare la qualità della risposta assistenziale.

La richiesta degli italiani è di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio attraverso i canali del Servizio sanitario e supportare le famiglie nell'acquisto privato, ad esempio tramite i meccanismi della mutualità e assicurativi.

La Federazione ha calcolato da tempo che su circa 16 milioni di persone che soffrono di cronicità o non autosufficienza il bisogno sarebbe di un infermiere ogni 500 pazienti: 30mila professionisti dedicati che eviterebbero un fai-da-te o l'aiuto di caregiver inesperti di cure cliniche che spesso riempie i pronto soccorso.

Negli ultimi sette anni, a fronte di un significativo aumento dei bisogni di assistenza, le aziende del Servizio sanitario nazionale, dall'ultimo contratto a oggi, che ha coinciso fatalmente con i tagli legati ai piani di rientro, abbiano rinunciato a oltre 12mila infermieri (- 4,3%).

Per questo dovremmo riaffermare con forza come nei prossimi 10 anni sarebbe necessario assumere almeno 70mila infermieri (di cui 20mila per recuperare le "perdite" e fare fronte alle esigenze dettate dall'Europa sugli orari di lavoro e 50mila per espandere l'assistenza territoriale.

Da dieci anni nel Ssn ci sono circa due infermieri e mezzo per ogni medico. Non abbiamo quindi cambiato nulla nel modello di cura e assistenza. La circostanza che nei prossimi anni molti professionisti andranno in pensione pone molti problemi, ma apre una grande opportunità di ripensamento su come il Servizio sanitario nazionale debba funzionare.

Puglia. Puntare sugli infermieri e sull'assistenza territoriale attraverso modelli di presa in carico dei bisogni di salute (cronicità) dei cittadini.

Un professionista, l'INFERMIERE, con ruoli diversificati, inserito in un'organizzazione delle cure non più verticale, ma orizzontale, in grado di raccogliere tutte le migliori soluzioni possibili per soddisfare i bisogni degli assistiti.

Un modello che vede l'infermiere impegnato in prima linea con altre professioni sanitarie, così come accade in molte regioni d'Italia che hanno attivato un sistema di "*Care management infermieristico*".

Il territorio, per i sistemi sanitari evoluti deve diventare il luogo primario di intervento per attuare modalità innovative di integrazione assistenziale finalizzate a rispondere ai bisogni di salute dei pazienti complessi.

Il domicilio, il distretto e le forme organizzative evolute della medicina convenzionata rappresentano, pertanto, gli ambiti privilegiati dove realizzare la presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia che impattano sulle "liste d'attesa".

Il progetto sperimentale "Care Puglia 3.0" presentato dall'Ares in occasione dell'evento **Forum Mediterraneo in Sanità, dal titolo "Innovazione e Sostenibilità delle Cure", mai partecipato da nessuna componente di rappresentanza professionale infermieristica è sostanzialmente incentrato su investimenti economici remunerativi alla figura del Medico di Medicina**

Via Margherita di Borgogna, 74 - 70059 Trani Telefono 0883482500 Telefax 0883481593 Cod. Fisc. 93367390726

PEC: bat@ipasvi.legalmail.it

www.ipasvibat.it

Generale che dovrà mettere a disposizione della rete dei servizi nell'ambito del management sanitario per la gestione delle cronicità e della presa in carico del paziente, i propri **Infermieri di studio**.

Questo modello rappresenta un ennesimo cambio di rotta sulle politiche della salute sul care infermieristico avviato con precedenti sperimentazioni di cui la stessa Regione ha tratto beneficio in termini di riduzioni di costi e di efficienza del servizio reso ai cittadini.

Il Progetto sperimentale chiamato **Care Puglia 3.0**, rappresenta, per i contenuti che esprime, un ulteriore passo indietro della Puglia sulla qualità del sistema del "care management" che mortifica ancora una volta gli Infermieri e gli assistenti sanitari su cui i precedenti progetti erano stati definiti (Leonardo – Nardino).

Mentre le altre regioni d'Italia (**Delibera G.R. Veneto Care Manager <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=305364>**) investono nell'ambito del care management sulla professione infermieristica.

Il modello proposto "Infermiere Care Management" impatta fortemente sul problema delle liste d'attesa.

2. Il modello portoghese che azzerava le liste di attesa

Il fenomeno delle liste d'attesa non risulta essere solo un problema italiano.

Per ridurre i tempi d'attesa negli ospedali il Portogallo ha adottato un modello che funziona e che trasforma le liste d'attesa in tempi d'attesa con diritto per il paziente ad un **voucher** da utilizzare in qualunque struttura (pubblica o privata) se non viene operato nei termini previsti.

Un sistema che premia sia i pazienti che gli ospedali.

Una ricerca in tal senso proposta da **Enrico Reginato**, cardiocirurgo, presidente del FEMS – European Federation of Salaried Doctors, una federazione europea di sindacati medici ospedalieri, presenta una situazione europea a macchia di leopardo con delle isole felici: Portogallo e Francia.

Analizziamo il modello adottato in Portogallo

Per ridurre i tempi d'attesa negli ospedali, il Portogallo ha adottato un modello che funziona e che trasforma le liste d'attesa in tempi d'attesa con diritto per il malato a un **voucher** da utilizzare in qualunque struttura pubblica se non viene operato nei termini previsti.

In questo modo ci guadagnano sia i pazienti che gli ospedali.

Il Portogallo, come l'Italia non ha molte risorse per finanziare il suo Servizio Sanitario Nazionale (spesa sanitaria pro-capite: €2.150 – €2.446 in Italia).

Negli ultimi decenni sono adottati numerosi provvedimenti, molti dei quali costosi ed inefficaci, con l'obiettivo specifico di ridurre le liste di attesa, nessuno però ha portato ai risultati sperati.

Nel 2004, però nasce una nuova prospettiva: il **SIGIC** (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia).

Un nuovo approccio che si avvale di un potente sistema informatizzato che raccoglie in maniera trasparente e sicura (in termini di privacy) tutti i dati su tempi di attesa, volumi di prestazioni e performance degli ospedali pubblici e privati.

Il principio alla base del SIGIC è che se un paziente non è operato entro il tempo prefissato ha diritto ad un voucher con cui può essere trasferito ad un qualsiasi altro ospedale (pubblico o privato portoghese) ed essere operato (sempre gratuitamente) nei tempi prestabiliti.

Il vantaggio per i pazienti è evidente: una volta raggiunto il 70% del tempo massimo di attesa per il loro intervento nel loro ospedale di riferimento, possono chiedere di essere trasferiti ad un'altra struttura pubblica o privata ed essere operati immediatamente.

Ma cosa ci guadagnano gli ospedali ad essere efficienti aldilà di una buona reputazione?

La risposta è semplice: se un ospedale opera un paziente di sua pertinenza, questo viene rimborsato in base al DRG corrispondente.

Se un paziente non è operato entro un tempo prestabilito (che varia a seconda della procedura e delle condizioni del paziente), ha diritto a spostarsi e scegliere attraverso il sistema informatico un qualsiasi altro ospedale che ha una buona performance ed un tempo di attesa inferiore.

L'ospedale che accoglie il paziente trasferito guadagna i soldi del rimborso che non andranno più all'ospedale di pertinenza ma al nuovo ospedale in cui il paziente è stato operato.

I soldi “viaggiano” con il paziente trasferito che costituisce una fonte di guadagno extra per gli ospedali più efficienti e clinicamente efficaci.

Dal 2012, è stata introdotta una penale del 10% del rimborso per gli ospedali che non riescono a rispettare i “tempi giusti”, che diventa un incentivo in più per migliorare e “trattenere” i loro pazienti.

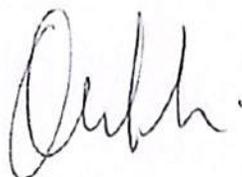
Un sistema che ha azzerato le liste d'attesa in Portogallo.

I risultati del SIGIC:

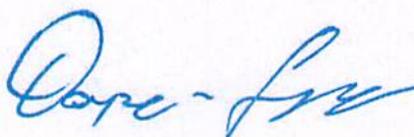
- in cinque anni il tempo medio di attesa per una operazione chirurgica elettiva si è ridotto del 63%, da una media di otto mesi a soli tre mesi.
- Il numero di interventi fatti nelle strutture pubbliche e private è aumentato del 40% senza conseguenze per la qualità della performance.
- Nonostante un iniziale scetticismo nei confronti delle strutture pubbliche, si è osservato che non c'è mai stato, neanche agli inizi del programma, un esodo di massa dal pubblico al privato per i pazienti che avevano sfiorato i tempi di attesa.

- Tutte le strutture sia pubbliche che private hanno risposto al SIGIC aumentando la produttività per i pazienti di pertinenza durante l'orario lavorativo regolare ed in più hanno accresciuto la capacità produttiva aumentando le ore extra di lavoro per i pazienti trasferiti (intra moenia).
- Il privato ha assorbito il restante della domanda in eccesso.

Il Presidente OPI Bari, Saverio Andreola



Il Presidente OPI di Bat, Papagni Giuseppe





Segreterie Regionali

Liste di attesa: una questione di responsabilità

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare. L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA.

Sulle "liste d'attesa" e sull'abbattimento dei tempi in Puglia è necessario, quindi, che il Governo Regionale dica con chiarezza come vuole affrontare un tema come questo così spinoso, sul quale la sensibilità dell'opinione pubblica è spiccata, e la demagogia è stata esercitata, spesso, a piene mani. Sappiamo bene quanto la questione sia complessa, come vi si confrontino in tanti, in tutte le Regioni e quanto questa sia stata, spesso oggetto di ripetuti interventi, basati sulla logica del proclama più che su azioni concrete.

Una prima considerazione riguarda la necessità di sottrarsi alle due posizioni estreme che caratterizzano, spesso, il dibattito su questo tema.

Ad un estremo c'è chi, con un po' di demagogia e tanta propaganda sostiene di poter tirar fuori la bacchetta magica e risolvere la questione, come se si trattasse di un aspetto che può essere completamente scorporato dal resto del sistema. All'altro quanti, con un fare un po' rassegnato e fatalistico, sostengono che non c'è soluzione, che le liste d'attesa sono ineliminabili e qualunque sforzo è destinato all'insuccesso. È evidente che non possiamo consentirci né l'una né l'altra posizione. I cittadini si aspettano soluzioni concrete in tempi ragionevoli per un problema che mette in discussione, se non affrontato, il loro rapporto di fiducia con il Ssn.

È altrettanto evidente che il tema è strettamente intrecciato con una serie di altre questioni, prima fra tutte quella dell'appropriatezza delle prescrizioni, che chiama in causa l'esercizio di una responsabilità precisa da parte di tutti gli attori e, in particolare, da parte del personale (medici, tecnici sanitari, infermieri, funzionari amministrativi) e degli stessi cittadini. La comunità scientifica e professionale è chiamata ad esercitare fino in fondo la propria responsabilità, dicendo chiaramente cosa è appropriato e cosa non lo è in termini di prestazioni diagnostiche, e a tenerne conto, nei limiti del possibile.

Se tutti avremo il coraggio di fare spazio ad una robusta cultura della valutazione e della misurazione dei risultati, questo compito risulterà, via via, relativamente più agevole, perché si riuscirà a guardare al sistema, come è giusto che sia, in termini di risultati di salute conseguiti, piuttosto che di mero erogatore di una sommatoria di prestazioni.

CGIL Puglia 70123 BARI- Via Calace, 4 Tel. 080 5736111 – Fax 080 5791240 E-mail regionale@puglia.cgil.it	CISL Puglia 70124 BARI - Via Giulio Petroni, 15/F Tel. 080 5968295 – Fax 080 5968323 E-mail puglia@cisl.it	UIL Puglia 70122 BARI – Corso A. De Gasperi, 270 Tel. 080 5648991 – Fax 080 5018967 E-mail info@uilpuglia.it
---	---	---



D'altro canto è necessaria un'azione di empowerment nei confronti dei cittadini, per consentire loro di non aderire, consapevolmente, a forme di consumismo sanitario, ed essere attenti ad adottare comportamenti che non concorrano a produrre sprechi (*pensiamo alle visite prenotate e non disdette, che tolgono spazio ad altri, o agli esami eseguiti dei quali non vengono ritirati i referti*).

La prima cosa da fare, in questo momento, è sicuramente quella di avviare una verifica congiunta con la Regione sui Piani Aziendali che le singole ASL hanno o meno assunto ed attuato per la riduzione dei tempi di attesa, così come prevedono le norme in vigore.

È evidente che mirare a ridurre i tempi massimi per un paniere di prestazioni, così come puntare allo sviluppo di una serie di azioni più generali per il contenimento e la riduzione dei tempi massimi necessita, parallelamente, dell'impianto di un serio sistema di monitoraggio e di controllo, a livello aziendale, che ci consenta di verificare ogni quindici giorni se, e in quale misura, riusciamo ad avviare a soluzione il problema. È importante, tuttavia, che questo sistema sia costruito in maniera da garantire una fotografia dello stato dell'arte attendibile e realistica e per fare ciò è necessario che le Aziende Sanitarie attivino un Team operativo multidisciplinare di controllo che assicuri il presidio, il monitoraggio e la verifica dell'efficacia delle misure adottate in tema di accessibilità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Per assicurare tutto ciò si conviene sulla proposta avanzata dalla Regione, che impegna i Direttori Generali a garantire all'interno di ogni ASL una "funzione" per il governo dei tempi di attesa. La proposta identifica nella figura del Direttore Sanitario dell'ASL il **"Responsabile" di tale funzione (Responsabile Aziendale dei Tempi di Attesa – RETA)**, che la svolge secondo le modalità ritenute più opportune. Al Responsabile Aziendale, al quale deve essere affidata l'esclusiva gestione della istituzione e modifica delle Agende specialistiche e dei DAY service, verificati gli estremi di necessità, spetta sospendere l'attività di libera professione per le prestazioni che non rispettano le condizioni di equilibrio nel rapporto con l'attività istituzionale, di cui alla DGR 925/2011.

*In caso di disequilibrio, il **Responsabile Aziendale dei Tempi di Attesa – RETA** deve poter sospendere l'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) che la dirigenza del ruolo sanitario medica, individualmente o in equipe, esercita fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'assistito pagante, ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta. L'attività libero professionale deve essere erogata nel rispetto, quindi, dell'equilibrio tra attività istituzionale e libero professionale, secondo quanto previsto dall'art. 15-quinquies, comma 3, del DLgs. n. 502/92 e successivamente dall'art. 22-bis del decreto legge 223/06 (che ha affidato alle Regioni il compito di controllare le modalità di svolgimento dell'attività intramoenia dei dirigenti sanitari, stabilendo un limite, in termini quantitativi, all'attività libero professionale). Pertanto, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della L. n. 120/2007, ogni Azienda Sanitaria Locale è tenuta a predisporre un Piano Aziendale sul funzionamento delle singole unità operative e sui volumi da assegnare" rispettivamente" all'attività istituzionale e all'ALPI".*

In tal senso, dispone anche l'Accordo Stato-Regioni del 18/11/2010 che, al fine di garantire un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale ed attività libero-professionale, ha



stabilito che i Piani di attività di programmazione regionale ed aziendale debbano prevedere la determinazione dei volumi di attività libero professionale e il relativo monitoraggio, in modo da garantire che il suo svolgimento non vada a detrimento dell'attività istituzionale, la definizione di modalità di verifica, per scongiurare l'insorgenza di conflitti di interessi o forme di concorrenza sleale e l'istituzione, nell'ambito dell'attività di verifica, di appositi organismi paritetici.

Da tutto ciò ne discende che le problematiche attinenti il superamento delle liste di attesa si innestano nel quadro appena delineato, che si prefigge di regolamentare i volumi di attività e i tempi d'attesa, affinché il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non derivi dalle carenze imputabili all'organizzazione dei servizi, resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

In tale prospettiva, si conviene sull'ipotesi di costituire un Gruppo di Coordinamento del "Programma Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019", che supporti, nell'esercizio della predetta "funzione" di governo, il Direttore Sanitario nella sua veste di Responsabile Aziendale dei Tempi di Attesa.

Al Gruppo di Coordinamento, *composto dal Responsabile del Settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera, dal Responsabile del Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale, dal Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle ASL e Sistemi Informativi e da un Direttore Sanitario d'Azienda in rappresentanza di ogni Area omogenea*, si potrebbe affidare il coordinamento delle azioni di governo delle liste d'attesa, l'attività di analisi, monitoraggio e studio sulle prestazioni "critiche", l'elaborazione delle Linee di indirizzo, l'informazione e la comunicazione istituzionale e divulgativa, i controlli di qualità e la risoluzione di eventuali controversie nei termini e con le modalità che saranno stabilite nell'ambito della Direzione Sanità.

Le Organizzazioni Sindacali devono poter essere parte attiva sia del Coordinamento Aziendale sia Regionale, al fine di valutare con tutti gli attori del sistema le azioni correttive da adottare con tempestività.

Uno degli elementi di successo nell'attuazione delle norme, come si vede, risiede nella possibilità di mettere in piedi un sistema informativo adeguato ed efficiente, serio, trasparente ed affidabile, che oggi purtroppo non abbiamo nelle ASL Pugliesi; un sistema informativo, insomma, che ci consenta di disporre in tempo reale del polso della situazione e di assumere decisioni basandole su elementi oggettivi.

E' necessario che vengano utilizzati strumenti informatici che quotidianamente possano aggiornare le Direzioni Generali ed il Responsabile preposto rispetto all'accesso alle prestazioni e ai relativi tempi di attesa, in modo da avere una corretta conoscenza degli andamenti e permettere un accomodamento tempestivo dell'offerta, che incida sulle criticità. *A tal fine si rende necessario uniformare i sistemi informatici delle ASL, così da interfacciarsi e dialogare tra loro, così da consentire ai CUP una visione completa della disponibilità degli erogatori pubblici e privati accreditati e favorire le azioni di monitoraggio quasi in tempo reale.*



Il controllo del rispetto dei tempi massimi non può passare attraverso espedienti che lo depotenzino e lo rendano finto. I cittadini se ne accorgerebbero e si sentirebbero truffati. La gestione delle liste di attesa deve, pertanto, prevedere una comunicazione chiara, trasparente e aggiornata dei dati inerenti i tempi di attesa, attraverso la diffusione delle informazioni, a partire dalla pubblicazione sui siti web delle Regioni, P.A. e delle strutture del SSN.

Particolare attenzione, dovrà essere, quindi, dedicata all'informazione nei confronti dei cittadini che, spesso, non conoscono esattamente diritti e doveri e alla valorizzazione della loro capacità di monitoraggio e documentazione, attraverso le Organizzazioni Sindacali, le Organizzazioni di tutela dei consumatori, dello stato dell'arte e delle principali criticità, *attraverso campagne di informazione dedicate.*

Si potrebbe ipotizzare di affidare una parte del monitoraggio dell'attuazione di quanto previsto dalle norme alle predette Organizzazioni, in maniera da prevedere una molteplicità di fonti di informazione. Si potrebbero prevedere forme di segnalazione, attraverso e-mail, o moduli, sulle inadempienze nei confronti di quanto previsto dalle norme (mancato rispetto dei tempi massimi, delle procedure di prenotazione, liste bloccate, ecc. ecc.). Ciò contribuirebbe a rafforzare quell'esercizio della responsabilità al quale ci siamo richiamati più volte, che altro non è se non forte senso di appartenenza al Ssn ed esercizio della cura del bene comune.

Infine, ma non in ordine di importanza, anche su un tema così delicato il nostro sistema sanitario regionale, in alcune aree territoriali, ha sperimentato delle buone pratiche, anche a parità di risorse investite, valorizzando e responsabilizzando tutte le componenti dell'organizzazione sanitaria, attraverso verificabili percorsi di appropriatezza clinica ed organizzativa. *Questo tema rappresenta un punto fondamentale che merita interventi incisivi di controllo, verifica ed eventuali interventi sanzionatori, sia nella fase di prescrizione della prestazione che nella fase di erogazione. L'abbattimento dei ricoveri ordinari e/o in - Day Hospital inappropriati (ancora troppo elevati) e il contestuale massimo ricorso alle modalità in Day Service riduce i costi e non costringe il paziente al disagio del ricovero pur garantendo tutte le prestazioni.*

Bisogna partire dalle esperienze che hanno già mostrato di funzionare, dal basso, valorizzandole e promuovendole. Le condizioni di erogabilità ed appropriatezza per le prestazioni a rischio di in appropriatezza è un tema strategico nelle dinamiche di governo delle liste di attesa, sulle quali tanto la Regione che le ASL devono adottare provvedimenti specifici, monitorando e controllando che le prestazioni prescritte a carico del SSN, soprattutto quelle Ecografiche, RNM e Tac, rispondano ai criteri di appropriatezza.

Occorre ricordare che la questione dell'abbattimento dei tempi di attesa è stata oggetto in Puglia nel 2013 di un Accordo Quadro Sperimentale sottoscritto dalla Regione con le Organizzazioni Sindacali Confederali. Un Accordo recepito con DGR n. 2336 del 03 Dicembre 2013, al quale doveva fare seguito la convocazione nelle ASL di tavoli di concertazione sui quali affrontare la questione e definire attraverso protocolli di intesa Piani Aziendali mirati alla riduzione dei tempi di attesa.

I risultati di questa sperimentazione, a distanza di oltre 4 anni, non sono ancora ad oggi stati resi noti e si pensi che la richiamata DGR n.2336, trasmessa ai Ministeri vigilanti sui provvedimenti del Piano Operativo, stabiliva, tra l'altro, per i Direttori Generali delle ASL che: "il mancato raggiungimento dell'obiettivo dell'abbattimento delle liste di attesa sarà valutato negativamente ai sensi dell'art.3-bis del D.lgs. 502/92 e s.m.i.". Dall'epoca nessun Direttore Generale, per il mancato raggiungimento di detto obiettivo, è stato revocato o rimosso dall'incarico.

Ora dato lo scenario di riferimento, proviamo a vedere come può essere possibile attualizzare la passata esperienza e allo stesso tempo provare a fornire un contributo di pensiero, anche alla luce di quanto si verifica ai vari livelli nel sistema sanitario regionale, e nei diversi contesti aziendali, analizzando nel dettaglio quegli aspetti che paiono rilevanti sia sul versante della domanda che sul versante della offerta, e cercando quindi di giungere ad una sintesi programmatica, coerente con la necessità di una *governance* plurale del fenomeno "tempi di attesa".

Sul versante della domanda

La domanda di prestazioni sanitarie proviene essenzialmente dalla vastissima platea di cittadini/pazienti affetti da patologie croniche, oltre che da pazienti affetti da patologie acute/sub-acute.

Sotto questo profilo, il sistema consente già di filtrare l'accesso al sistema di offerta, grazie alla possibilità di specificare, al momento della richiesta da parte del prescrittore, i diversi codici di priorità (U urgente – B breve – D differibile – P senza priorità/programmata) nonché la tempistica dell'accesso stesso (cioè se si tratta di un primo o di un secondo accesso). Tali codici di priorità dovrebbero trovare nelle ASL delle Agende differenziate presso i Centri di Prenotazione.

Nella maggioranza delle esperienze che si è avuto modo di verificare (anche attraverso i dati disponibili) pare emergere un sostanziale rispetto dei tempi di attesa per i codici con priorità U (urgente) e P (programmata), mentre si rilevano disallineamenti significativi per i codici con priorità B (breve) e D (differibile); in particolare per alcune tipologie di prestazione, i tempi di attesa sono stabilmente e notevolmente più elevati di quelli previsti dalle norme. Questo fenomeno riguarda essenzialmente le prestazioni di Mammografia, di Endoscopia digestiva, di Ecocolordoppler cardiaca e dei vasi periferici, di Chirurgia Vascolare, di Tac Addome e Torace (con o senza mezzo di contrasto) e di RMN.

Diverse sono le ragioni alla base di tale fenomeno. Per le Mammografie, si può ritenere che molte donne in età "screening" sfuggono al relativo reclutamento intasando con le loro richieste le agende dedicate per il codice con priorità D (differibile). Per questo motivo occorrerebbe una "ripulitura" delle Agende e uno spostamento di prenotazioni sul canale dedicato allo "screening", per il quale occorre in ogni ASL progressivamente recuperare efficacia di reclutamento.

Per le prestazioni di Mammografia, di Endoscopia digestiva, di Ecocolordoppler cardiaca e dei vasi periferici, di Chirurgia Vascolare, di Tac Addome e Torace (con o senza mezzo di contrasto) e di RMN, data per acquisita la appropriatezza clinica della richiesta, si deve considerare la necessità di ampliare la rete dell'offerta.

Le prestazioni di Endoscopia digestiva, per esempio, sono erogate da Servizi spesso integrati in Unità Operative di degenza ospedaliera la cui capacità erogativa ambulatoriale non è proporzionata all'entità della domanda. Quindi per tali prestazioni occorre pensare ad una sempre maggiore specializzazione delle Unità di erogazione le quali devono essere specificamente dedicate.

Per le prestazioni erogate da grandi macchine, ed in particolare per le Tac e le RMN, i cui tempi di attesa sono particolarmente critici in tutto il territorio regionale, fatta salva la possibilità di prevedere sempre l'apertura nella fascia oraria notturna/festiva delle strutture pubbliche, occorre pensare ad un coinvolgimento più "elastico" delle strutture ambulatoriali private convenzionate sul quale si tornerà più avanti. **Su questo punto si ritiene indispensabile l'effettuazione di una ricognizione del numero e della funzionalità/attività delle grandi macchine presenti sul territorio di ogni ASL.**

Più in generale, occorre distinguere nella platea della cronicità, quelle tipologie di pazienti per i quali il rispetto dei tempi di attesa assume una maggiore valenza clinica, in quanto inseriti all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali ben definiti. Trattasi della domanda proveniente in maniera prevalente da pazienti affetti da "scompenso cardiaco", "BPCO", "diabete mellito" (ovvero il 70% dei pazienti cronici), come anche da pazienti affetti da patologie neoplastiche e per questo aventi la necessità di rispettare ben determinati protocolli.

Tale domanda, si ritiene, deve essere sempre di più "presa in carico" dal SSR attraverso strumenti organizzativi ben definiti, ed alcune esperienze attive in questo senso lasciano intravedere ampi margini di intervento.

Gli strumenti in questione sono essenzialmente i "percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali", i quali sono oggettivi per i pazienti con patologie croniche e soggettivi per i pazienti oncologici. Si tratta di protocolli per la gestione clinica e organizzativa dei pazienti: i primi sono condivisi tra specialisti e medici di medicina generale, i secondi sono definiti dai Gruppi interdisciplinari di patologia nell'ambito delle reti oncologiche, e di seguito ne analizziamo alcune implicazioni organizzative, sulla scorta di modelli già sperimentati, entrando dunque nel merito dell'analisi del sistema di offerta.

In definitiva, si conviene, sulla prospettiva:

- a) di separare i canali di accesso alle prestazioni in due flussi distinti:
 - primo accesso: per le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, **che, come prevede la legge, devono essere prenotabili dal CUP;**
 - presa in carico (follow-up, cronicità): per i controlli successivi le prestazioni di controllo vanno programmate e prenotate direttamente dal Medico o dalla struttura che prende in carico il paziente;
- b) di promuovere un' offerta sanitaria di prossimità, riconducendo le visite e le prestazioni di diagnostica, in linea con la metodologia applicata dal DM70/2015 per l'assistenza ospedaliera, a degli Ambiti Territoriali di Garanzia all'interno dell'ASL, individuabili, in base alla complessità della prestazione, come:



- 1) distrettuale per le prestazioni a bassa e media complessità;
- 2) aziendale (a livello di Presidio Ospedaliero) per le prestazioni di media ed alta complessità;
- 3) sovraziendale o regionale per prestazioni ad alta ed altissima specialità nella logica di rete e/o hub&spoke.

Sul versante dell'offerta

Obiettivo fondamentale sotto il profilo della capacità di offerta deve essere per il SSR, quello di rendere disponibile un accesso tempestivo a prestazioni riferite ad una domanda che, a sua volta, deve essere sempre meno "estemporanea" e sempre più "presa in carico".

Si ricorderà che i progetti ARES denominati "Leonardo" e "Nardino", di seguito confluiti nel progetto ARES "Puglia care", hanno consentito la effettiva presa in carico di pazienti cronici mediante l'utilizzo di infermieri "case manager" adeguatamente formati in collaborazione con i medici di medicina generale aderenti su base volontaria al progetto.

Ove attuato, e a riguardo bisognerebbe capire le ragioni per le quali in alcune ASL non ha trovato attuazione, il modello ha dimostrato che la presa in carico di questi pazienti ne consente una gestione clinica appropriata attraverso un monitoraggio periodico delle complicanze, azzerando gli accessi estemporanei ai CUP e quindi l'intasamento delle liste di attesa, riduce al minimo l'ospedalizzazione oltre che la spesa farmaceutica.

Sulla scorta di tali evidenze, in alcune ASL (*un esempio è quello della BAT*) sono stati istituiti gli "ambulatori della cronicità", ovvero un "setting" caratterizzato dalla forte integrazione tra medici di famiglia – specialisti ambulatoriali – infermieri "case manager", allocato all'interno del distretto socio-sanitario.

Il richiamato modello presuppone la condivisione dei pazienti cronici, reclutati in forma pro-attiva dai medici di famiglia e gestiti in collaborazione con gli infermieri del distretto (*oppure con gli infermieri delle associazioni*) nel percorso diagnostico terapeutico dedicato. Il modello in questo caso viene implementato con l'arricchimento tecnologico degli studi medici, nei quali è possibile effettuare prestazioni specialistiche strumentali funzionali ai PDTA in tele-medicina, mediante il supporto diagnostico in remoto di specialisti ospedalieri. Lo sviluppo di tale modello prevede la costituzione di Agende dedicate per la valutazione delle complicanze, mediante la stretta integrazione con gli specialisti. Ad esempio, i pazienti diabetici vengono valutati sempre dallo stesso Medico Oculista per lo studio delle complicanze visive con la periodicità prevista dal PDTA, senza la necessità che gli stessi si rechino al CUP per prenotare la prestazione, e così via per gli altri PDTA.



In questo momento se si vuole affrontare questo tema con un approccio responsabile, occorre partire dalle buone pratiche realizzate, definendo per esempio Accordi con la Medicina generale, finalizzati ad obiettivi quali:

La condivisione dei PDTA;

- Il reclutamento delle coorti di pazienti affetti dalle patologie con relativo PDTA;
- La gestione del PDTA con la collaborazione degli “ambulatori distrettuali della cronicità” oppure in proprio mediante gli infermieri degli studi associati;
- L’esecuzione, ove possibile, negli Studi Medici di alcune prestazioni diagnostiche in telemedicina. *A riguardo si tiene a ribadire la necessità di coinvolgere i Medici di Medicina Generale, con l’intento di garantire buona parte della loro attività all’interno dei Poliambulatori, in modo da “giovarsi” della presenza dei Medici della Specialistica Convenzionata e del parco attrezzature presenti (per esempio nei Servizi Laboratoristici e di Radiodiagnostica) per assicurare in questo modo le prestazioni di bassa e media complessità.*

Per quanto attiene, ancora, i pazienti oncologici, tra le esperienze a cui guardare con attenzione sicuramente spicca quella della rete oncologica leccese (ROL), che negli anni 2012-2014 ha dimostrato come il sistema di presa in carico ad opera dei Gruppi interdisciplinari di patologia, cosiddetti GIP, sia in grado di offrire un efficace PDTA individuale al paziente, a condizione che esso sia gestito da una figura di “case manager” individuata in maniera ben precisa all’interno del gruppo. Nello specifico, tale ruolo è stato svolto dai “data-manager” presenti nei gruppi, ove era stato possibile finanziare con delle borse dedicate tale figura; nei gruppi invece in cui il precitato ruolo è stato assegnato in maniera casuale, ben altro è stato il livello di efficacia.

D’altra parte, uno dei compiti assolti da questi facilitatori è quello di concordare con i Servizi di diagnosi degli spazi dedicati ai pazienti seguiti nei GIP, all’interno delle Agende di prenotazione su base settimanale, con l’obiettivo di garantire una effettiva aderenza al PDTA.

Questo modello ha dimostrato efficacia, sia pure limitatamente ai pazienti reclutati all’interno dei GIP, mentre i pazienti non reclutati o, in maniera ancora più rilevante, i pazienti oncologici seguiti presso Centri infra-regionali o extra-regionali denunciavano maggiori difficoltà nell’accedere alle prestazioni previste dai loro PDTA (soprattutto PET-TAC e RMN). E’ del tutto evidente che la attivazione delle reti oncologiche regionali potrà focalizzare al meglio tale problematica e contribuire in maniera decisiva al superamento delle difficoltà.

Ancora, sul versante dell’offerta è necessario sottolineare che le ASL devono garantire il rispetto dei tempi di attesa, in particolare per il codice di priorità “D” (differibile), per l’80% delle richieste in tutte le strutture, oppure per il 100% da parte di una struttura specificatamente individuata.

In tal senso, occorre, nell’ambito del processo di riordino della rete ospedaliera e della rete della Medicina territoriale individuare nel Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) la struttura deputata a garantire il 100% del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni sopra dette, puntando ad una organizzazione del lavoro distribuita sulle 12 ore per 6 giorni a settimana, prevedendo, conseguentemente, la installazione di TAC e RMN, a completamento del parco tecnologico necessario.

Tale modello può rappresentare una delle declinazioni operative per i PTA nel territorio regionale, nel quale si dovrebbe prevedere un PTA con TAC/RMN ogni 3/400.000 abitanti, mentre PTA meno dotati tecnologicamente dovrebbero avere una maggiore diffusione sul territorio.

Per una quadro di sintesi

Il problema del rispetto dei tempi di attesa, come si può convenire, è una questione non riducibile alla dimensione del semplice soddisfacimento di una domanda da parte di una risposta quale che sia. Esso necessita di essere affrontato con un approccio multi-dimensionale e soprattutto necessita di una *governance* plurale, non fosse altro per il fatto che la domanda nasce dai pazienti, viene filtrata dai prescrittori e successivamente gestita dal sistema degli erogatori, sia pubblici che privati, a vario livello, quasi sempre attraverso un sistema di accesso, come è il Centro Unico di Prenotazioni, nel quale confluiscono tutte le prestazioni prescritte, in un circuito nel quale occorre fare i conti anche con il sistema della libera professione "intra-moenia".

Per le ragioni appena espresse, di seguito si cercherà di delineare un quadro di interventi finalizzato ad affrontare il tema del rispetto dei tempi di attesa, in una cornice di appropriatezza clinica ed organizzativa, evidenziando quei possibili interventi di programmazione sanitaria che si ritengono più idonei a sostenere l'iniziativa delle Direzioni Generali delle ASL nell'elaborazione di specifici Piani Aziendali per la soluzione della problematica in parola.

Tanto premesso, nel percorso per la definizione di regole e strumenti innovativi per consentire il *"governo delle liste di attesa e l'accesso alle prestazioni sanitarie diagnostiche/ambulatoriali e di ricovero"*, fermo restando quanto ipotizzato rispetto:

- 1) all'adozione di **sistemi di prioritarizzazione**, intesi come:
 - l'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di criteri clinici condivisi;
 - la strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classe di priorità, così da poter rispondere alle richieste dei prescrittori;
 - il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema;
- 2) alla netta **separazione dei canali** per le diverse tipologie di accesso, garantendo sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il Primo accesso, anche direttamente utilizzabili dai medici prescrittori; nel caso di controlli successivi, si realizzerà la "presa in carico" del paziente cronico (anche neo-diagnosticato) secondo i percorsi diagnostico-terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni "di controllo" da parte del medico e/o della struttura;
- 3) alla **gestione trasparente** e la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI;
- 4) all'individuazione e all'articolazione degli **Ambiti Territoriali di Garanzia** per le prestazioni di primo accesso, per consentire alle ASL di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa per i propri residenti;

- 5) all'introduzione in ogni ASL della figura del Responsabile Aziendale dei Tempi di Attesa – RETA e della costituzione nell'ambito della Direzione Sanitaria di un Gruppo di Coordinamento del “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019”.

Gli ulteriori interventi che è dato proporre per la regolazione del sistema, riguardano in primo luogo:

1. la definizione, da parte di Regione, dei criteri clinici di accesso ai codici di priorità per specialità da parte di Regione Puglia (è in corso progetto ARES a partire da una esperienza pilota di ASL Lecce);
2. l'adozione, da parte della Regione, di provvedimenti che definiscano le condizioni di erogabilità ed appropriatezza per le prestazioni a rischio di in appropriatezza;
3. a definizione, da parte delle ASL, di protocolli per la valutazione trimestrale delle condizioni appropriate di erogabilità su una percentuale pari almeno al 50% delle prescrizioni Ecografiche, di RNM e TAC;
4. la promozione della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei distretti socio sanitari, attraverso PDTA condivisi: tale processo necessita del coinvolgimento attivo dei Medici di famiglia e la disponibilità di “setting” dedicati (ambulatori di cronicità, ambulatori dell'associazionismo medico) nei quali operano figure professionali adeguatamente formate (infermieri “case manager”) nella gestione dei PDTA e possono essere presenti tecnologie per prestazioni specialistiche gestite in tele-medicina. Tale modalità organizzativa dovrebbe essere adottata come modello stabile e pertanto necessita di un accordo di programma a livello regionale;
5. la promozione della presa in carico dei pazienti oncologici da parte dei GIP attivati nelle reti oncologiche, all'interno dei quali devono essere individuate figure di “case manager” che devono gestire il PDTA;
6. l'obbligatorietà per i prescrittori operanti all'interno del Servizio Sanitario Regionale, a qualunque livello, di procedere direttamente alla redazione della impegnativa di prenotazione al fine di consentire la continuità della presa in carico del paziente *(sull'argomento si ritiene indispensabile la condivisione dei percorsi di avvio agli specialisti ospedalieri o in convenzione dei pazienti muniti di indagini di base che consentano una valutazione il più possibile completa)*;
7. l'attivazione di strutture, quali il PTA, deputate a soddisfare il rispetto dei tempi di attesa per il 100% delle prestazioni, comprese TAC e RMN, distribuite secondo uno standard di popolazione;
8. il monitoraggio al massimo quindicinale dei tempi di attesa da parte delle ASL, anche mediante ricorso a metodologie di più semplice applicazione quale la ricerca della prima data utile per prestazione in ambito aziendale;
9. *la pubblicazione, da parte dei Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico, con scadenza bimestrale, e comunque non oltre il quinto giorno del bimestre successivo, sul relativo sito istituzionale dei*

dati di monitoraggio sui tempi d'attesa nell'erogazione di tutte le prestazioni eseguite nell'ambito delle attività istituzionale e dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI); le predette pubblicazioni devono riferirsi ad ogni singola struttura ospedaliera o territoriale autorizzata all'erogazione ed aggregati per lo stesso tipo di prestazione;

10. il coordinamento degli interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di **Libera Professione Intramoenia** con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Balduzzi n.189/2012; quali, in particolare:
- il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni in regime di attività libero-professionale intramoenia;
 - la temporanea limitazione/sospensione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia per le équipes e/o per i professionisti che non garantiscono l'equilibrio di cui al punto precedente;
 - la temporanea limitazione/sospensione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia per le équipes e/o per i professionisti che sospendono le Agende di prenotazione senza autorizzazione del Direttore Sanitario Aziendale/Responsabile dell'accesso alle Liste di attesa o che continuano ad utilizzare Agende cartacee.

c1.d1. riguardo alle ipotesi dei punti c. e d., qualora a seguito del monitoraggio i tempi di erogazione della prestazione nei regimi istituzionale e ALPI risultino non allineati ed i tempi di attesa della prestazione istituzionale siano superiori di più di 7 giorni rispetto a quella erogata in ALPI, il RETA sospende l'attività relativa in regime ALPI; nel periodo di sospensione il management dell'ASL impartisce direttive al Direttore dell'U.O.C. della specialità sottoposta a sospensione per contrarre i tempi d'attesa nel regime istituzionale, anche attraverso programmi finalizzati a raggiungere obiettivi "negoziati", verificabili, sostenuti da incentivi economici in favore del personale impegnato ad assicurare le prestazioni oggetto del disallineamento, solo qualora il motivo di tale disallineamento sia esplicitamente dovuto a carenze strutturali o di organico. Per la ipotizzata sospensione si può prevederne la revoca qualora emerga dal monitoraggio il riallineamento tra i tempi d'attesa in regime istituzionale con quelli in regime ALPI che ne hanno determinato la sospensione. Si può, prevedere, inoltre, che per le prestazioni sottoposte a più periodi di sospensione nell'arco di un biennio, la revoca intervenga trascorso un anno dall'avvenuto allineamento con i tempi in regime ALPI che ne hanno determinato l'ultima sospensione.

- Attivazione di prestazioni di libera professione a committenza aziendale a tariffa calmierata (Il sistema disciplinato nella Regione Emilia Romagna prevede l'attivazione di disponibilità dedicate ad utenti non esenti ed erogate in regime libero-professionale dai professionisti, con il pagamento di una tariffa equivalente alla compartecipazione prevista. Le attività di cui al presente punto, fatto cento l'erogato attuale, si applicherebbero soltanto alle ulteriori e incrementali prestazioni. Si può prevedere che il 90% di tale tariffa calmierata per le visite e l'80% per le prestazioni strumentali venga suddiviso fra i professionisti che erogano le prestazioni (immaginando di rivedere, tuttavia, il prelievo "forzoso" del 30% attuato dalla Regione che potrebbe non rendere "interessante" per gli operatori l'adesione all'iniziativa). Per questa tipologia di libera professione a tariffa calmierata, l'adesione dei singoli professionisti potrebbe essere volontaria, da definire con specifici accordi aziendali, che ne prevedono l'erogazione anche nelle giornate di sabato e domenica. I Piani Aziendali sono concordati con il livello regionale);

11. il rafforzamento dei sistemi di prenotazione, attraverso il consolidamento organizzativo dei CUP Aziendali e integrazione nell'unico sovra-CUP Regionale. Al fine di favorire l'accesso alle prestazioni rilevante è la possibilità di poter utilizzare tutti i canali prenotativi disponibili quali: sportelli CUP, Farmacie territoriali, WEB CUP, Call-Center dedicato previa attivazione di un numero verde aziendale e definizione di qualificati programmi di formazione per gli operatori;
12. la gestione trasparente delle Agende di prenotazione che devono tutte essere visibili al ReCUP (*anche se riservate e non prenotabili*), con la previsione che i relativi calendari non possano essere chiusi (*si potrebbe, per esempio, prevedere l'ipotesi che in overbooking si possa aggiungere ogni giorno, nelle diverse agende programmate un certo numero di pazienti che in possesso di richiesta contrassegnata da codice U o B possano essere ammessi alla prestazione entro le 72 ore*);
13. la periodica ripulitura delle liste di attesa finalizzata ad eliminare le prenotazioni non più attive (è necessario che ogni ASL definisca delle specifiche procedure per dialogare con i cittadini comunicando loro le modalità di recall, di disdetta e di pagamento del ticket per le prestazioni prenotate e non erogate per mancata disdetta, sia per i soggetti non esenti che per quelli esenti ticket; *un'attività quella di recall che va potenziata, perché da sola consente un 30% in media di recupero di disponibilità*);
14. la programmazione dell'offerta attraverso la **definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche** e la valutazione della capacità di ogni ASL di "produrre" tutte le diverse tipologie di prestazioni, **la gestione efficiente delle risorse disponibili** (*attraverso l'ottimizzazione dei turni e dei tempi di utilizzo delle attrezzature di diagnostica e della conseguente produttività*), **il rafforzamento del ruolo di committenza** delle Aziende Sanitarie Locali (*ricorso all'acquisto da strutture private accreditate di prestazioni "extra" rispetto a quelle già contrattualizzate, per soddisfare il fabbisogno di prestazioni che non possono essere tutte effettuate direttamente, attraverso la rinegoziazione delle tipologie e quantità di prestazioni erogate dalle Strutture Private Convenzionate, nonché eventuale riconversione di parte del budget per i ricoveri ospedalieri in attività specialistica finalizzata in particolare al miglioramento dei tempi di attesa ed in materia di recupero della mobilità passiva per TAC e Risonanza Magnetica*);
15. l'istituzione dell'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa, aperto alla partecipazione delle OO.SS. maggiormente rappresentative, con il compito di:
 - a. verificare l'andamento del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019";
 - b. effettuare il monitoraggio delle azioni messe in campo dalle ASL per il contenimento dei tempi di attesa;
 - c. effettuare il monitoraggio dei tempi di attesa attraverso l'analisi delle rilevazioni regionali ed elaborare la relazione annuale sui risultati ottenuti in ciascun Ambito Territoriale, con particolare riferimento dello stato di avanzamento delle azioni di miglioramento dei tempi di attesa, delle prestazioni ancora critiche e delle proposte di interventi correttivi da condividere con le Aziende Sanitarie, proponendo azioni innovative in materia di accessibilità;

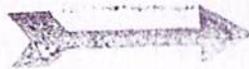
- d. di monitorare l'attività delle ASL in merito al blocco/riduzione e/o sospensione della libera professione intramoenia, quando i tempi massimi di attesa superino quelli istituzionalmente previsti;
16. la definizione di un **“sistema incentivante”*** che, prevedendo la disponibilità di risorse aggiuntive da assegnare alle ASL, sia finalizzato a garantire l'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni risultanti “in sofferenza” con attesa oltre i limiti stabiliti, previa garanzia del rispetto delle procedure di cui ai succitati punti 7-8-9 e 10; tali risorse, messe a disposizione da Regione Puglia (previa adozione di un “Piano Regionale dedicato al governo delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie” che individui obiettivi, tempi di raggiungimento e budget finanziario), devono essere impegnate dai Direttori Generali, con la concertazione delle parti sociali, per ampliare l'offerta di prestazioni in orari e giornate più favorevoli ai cittadini, aumentando l'efficienza delle diverse strutture territoriali, attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive, in modo da prevedere l'apertura dei Servizi sino alle 22:00 dei giorni feriali (*assicurando comunque la funzionalità per almeno 12 ore giornaliere*) e di Sabato e Domenica, dalle 8:00 alle 20:00, oltre all'attivazione in ogni Distretto di Ambulatori aperti. Allo scopo in ogni ASL il Direttore Generale, nel prevedere il ricorso a “prestazioni aggiuntive”, definisce **Piani Aziendali** dedicati, articolati in fasi distinte e contigue, in modo da soddisfare il surplus di domanda mediante l'anticipazione degli appuntamenti (*a partire dalle attese più lunghe*), e consentire così l'azzeramento delle “code”, per poi corrispondere a tutte le nuove richieste entro massimo 10 giorni.

Il Responsabile Aziendale delle Liste di Attesa dovrà curare l'aspetto organizzativo del Piano Aziendale, concordando con i professionisti, attraverso le indicazioni che saranno date dalle Direzioni Aziendali sulle modalità contrattuali, le disponibilità orarie che serviranno a costruire le varie Agende. Con l'avvio della fase successiva l'intervento deve diventare strutturale e l'offerta dovrà essere modulata in base alla domanda settimanale. In questo contesto vanno configurate le politiche del personale e i budget assunzionali da parte delle Aziende Sanitarie, al fine di pervenire ad una gestione ordinaria nell'attuazione del Piano Regionale per il governo delle liste di attesa.

❖ Considerato che l'obiettivo di facilitare l'accesso alle prestazioni diagnostiche e di specialistica ambulatoriale è prioritario, il sistema incentivante per le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie, e coerentemente per i Responsabili delle Aree Professionali interessate, deve tenere conto prioritariamente dei risultati ottenuti sulla riduzione dei tempi di attesa. Pertanto, le Direzioni Generali delle ASL vincolano al raggiungimento del predetto obiettivo il 50% della retribuzione di risultato del Responsabile Aziendale dei Tempi di Attesa – RETA e dei Dirigenti di tutte le articolazioni di responsabilità coinvolte.

Prot. 221/2018

Bari, 10 maggio 2018



al dott. Pino Romano
Presidente III Comm. Consiliare
Consiglio Regionale Puglia

ai Signori Componenti
III[^] Commissione Consiliare
Consiglio Regionale Puglia

oggetto: audizione 10 maggio 2017

Faccio riferimento all'audizione tenutasi stamane in merito alla P.d.L. Amati, Cera, Colonna, Mennea: "Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità - Primi provvedimenti" (a.c. 814/A) per trasmettere le considerazioni e le proposte di emendamento formulate in maniera orale dallo scrivente nel corso della citata audizione.

Innanzitutto ritengo necessario evidenziare che la problematica delle liste di attesa nella Regione Puglia dipende, a giudizio dello scrivente, soprattutto dalla cronica carenza di personale degli Enti e delle Aziende del S.S.R.

Pertanto sino a quando non si supererà la criticità della carenza di personale sarà difficile incrementare il numero delle prestazioni sanitarie in maniera tale da abbattere i lunghi tempi di attesa.

Conferma ne è l'esempio offerto dalle attività di radiologia e diagnostica per immagine, quelle che si eseguono con le c.d. "grandi macchine", di cui la Regione Puglia risulta essere dotata addirittura in maniera maggiore non solo ad altre regioni italiane, ma anche rispetto ad altri paesi dell'U.E., ma purtroppo in questo settore si riscontrano in maniera evidente lunghissime liste di attesa che, come per le altre prestazioni sanitarie, vengono superate dai cittadini solo ed unicamente rivolgendosi a pagamento alle strutture sanitarie private o ricorrendo a prestazioni erogate dalla struttura pubblica in regime di A.L.P.I.

La vigente normativa contrattuale e legislativa ha previsto però, che debba essere garantito nelle strutture pubbliche un bilanciamento tra attività

rese in regime istituzionale e quelle rese in regime A.L.P.I., tuttavia allo stato attuale non sono prescritte modalità di riduzione o sospensione della attività A.L.P.I. nel caso che non vengano rispettati i volumi di attività resi in attività istituzionale. Ed è proprio il tema dell'individuazione dei volumi di attività da rendere in regime di attività istituzionale lo snodo. Infatti è del tutto incomprensibile perché non siano individuati i volumi di attività anche per le prestazioni, per le quali le società scientifiche hanno determinato i tempi di effettuazione delle singole prestazioni, cosa questa che garantirebbe quasi con la massima certezza la quantificazione dei volumi da rendere in attività istituzionale, senza alimentare il ricorso all'A.L.P.I.

2

Ed è proprio sul tema dell'abbattimento delle liste di attesa che si registrano scelte in ambito nazionale, da parte di singole regioni e da ultimi i provvedimenti di alcune regioni che attraverso interventi normativi diversi dalla Legge Regionale, di cui oggi discutiamo e più precisamente il decreto adottato dal commissario ad acta nel Lazio e la deliberazione di Giunta Regionale della Toscana, che hanno introdotto meccanismi atti ad abbattere le liste di attesa.

Pertanto la FIALS non esprime contrarietà alla P.d.L. oggetto di audizione, segnalando che comunque la stessa non debba essere letta come una sola "criminalizzazione" dei medici, ai quali si debba quindi genericamente impedire lo svolgimento dell'A.L.P.I. Soprattutto perché probabilmente, la sospensione dell'attività A.L.P.I. in taluni casi non garantirebbe comunque l'abbattimento delle lista di attesa.

Atteso che comunque negli Enti e Aziende del S.S.R. pugliese i volumi delle prestazioni da erogare in regime istituzionale non risultano essere stati valutati e definiti, così come non esiste un monitoraggio in tempo reale dei tempi di attesa e riscontrandosi addirittura in Puglia del fenomeno delle c.d. "agende chiuse", cosa questa peraltro espressamente vietata dalla vigente normativa.

Quindi ben venga un provvedimento che ha la finalità di abbattere le liste di attesa evitando, artificiose modalità di allungamento dei tempi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie atte a dirottare l'utenza del S.S.R. verso forme di assistenza a pagamento. Non possiamo però dimenticare che l'esperienza del piano straordinario delle aperture serali e nelle giornate festive dei servizi sanitari, garantite attraverso l'acquisto da parte delle Aziende Sanitarie di prestazioni aggiuntive erogate da parte dei Medici e frutto della decisione di qualche anno fa della Giunta Vendola e dell'Assessore Elena Gentile, non si rivelato strumento utile alla soluzione della problematica, ma anzi è stato oggetto di forti censure da parte della Procura della Corte dei Conti della Puglia.

Basta ricordare infatti che:

- la ASL BAT spese 3,8 mln. di euro e al posto di abbattere le liste di attesa registrò un incremento di domanda di prestazioni sanitarie;
- la ASL BR spese 2,8 mln. di euro e si registrò che i Medici di Medicina Generale continuavano a non distinguere le urgenze;
- a Foggia si spesero 3 mln. di euro e, prestazioni rilevanti come mammografie, ecocolordoppler o le visite di chirurgia vascolare videro rimanere inalterati i lunghi tempi di attesa;
- la ASL TA spese 1,4 mln. di euro per prestazioni cardiologiche e radiodiagnostiche, registrando per tutta risposta, elevati livelli di in appropriatezza.

Per queste motivazioni riteniamo che scelte simili non vadano reiterate, ma si proceda innanzitutto alla realizzazione di canali di accesso separati, tra primo accesso e presa in carico followup – cronicità, perché le prestazioni di controllo non devono entrare nelle liste di attesa in quanto da programmare e prenotare da parte del medico o della struttura che prende in carico il paziente. Così come si rende necessario dividere gli sportelli di accesso alle prestazioni sanitarie, tra quelli per le prestazioni in regime istituzionale di attività e quelli per l'accesso a prestazioni in regime A.L.P.I., in maniera tale che il personale front-office dei C.U.P. non sia messo in condizione di offrire direttamente al cittadino prestazioni a pagamento in tempi brevi come risposta alla lunghe lista di attesa.

In merito all'articolato della citata P.d.L. la FIALS evidenzia quanto segue:

- art.1): **è pienamente condivisibile** anche perché in ordine alla trasparenza dei tempi di attesa in regime istituzionale ed in regime A.L.P.I. rammentiamo che il Presidente Emiliano il 12/12/2016 ha istituito una "cabina di regia" sul fenomeno delle liste di attesa che doveva articolarsi a livello di singole aziende sanitarie, con risultati del tutto scarsi, tant'è che a titolo meramente esemplificativo si cita la ASL BA che ha tenuto solo due riunioni di cabina di regia nell'anno 2017 ed i dati che ha fornito a novembre 2017 risalgono addirittura ai tempi di attesa del primo bimestre 2017;
- art.2): **è condivisibile** anche se si tratta di funzioni che dovrebbero già essere svolte al fine di una corretta applicazione del CCNL, tuttavia risulta essere positivo e giusto, individuare comunque un responsabile unico del Piano Aziendale sulle Liste di Attesa;

art.3): **non è condivisibile nella parte in cui statuisce che un eventuale disallineamento di soli 5 giorni tra prestazioni erogate in A.L.P.I. e quelle in regime istituzionale rappresenti il limite per sospendere l'attività A.L.P.I.** Si propone quindi di definire un termine congruo, ma comunque superiore ai 5 giorni previsti, anche per evitare la compressione di un diritto contrattuale del professionista medico (A.L.P.I.) nei casi in cui il disallineamento dei tempi non sia determinato da responsabilità del professionista;

art. 4): **è condivisibile;**

art. 5): **è condivisibile;**

Per quanto sopra esposto esprimo una valutazione complessivamente positiva dell'iniziativa legislativa e nel ringraziare per l'attenzione riservata alla FIALS in ordine ad un tema estremamente sensibile per i cittadini-utenti del S.S.R., quale quello delle liste di attesa, resto disponibile a proseguire il confronto con la III[^] Commissione Consiliare del Consiglio Regionale della Puglia sulle tematiche sociali e sanitarie

Distinti saluti



massimo minuzzi, Segretario Generale

