



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.

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

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 “giovare” 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 “intramoenia”.

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 prioritizzazione**, 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 traguardare 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 incrementalmente 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 (immaginandosi 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.**