



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA**

**Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita**

Dottorato di Ricerca in Medicina e Scienze Umane XXVIII Ciclo

Coordinatore: Prof. Giuseppe Armocida

**I limiti delle risorse e le aspettative dei cittadini in sanita': un equilibrio possibile  
attraverso l'ascolto?**

Relatore

Prof. Mario Picozzi

Tesi di Dottorato di

**Angela Trentin**

Matricola n. 710951

Anno Accademico 2014/2015

In spagnolo, aspettare si dice “esperar”,  
perchè in fondo aspettare è anche sperare  
(Anonimo)

*Grazie alla mia numerosa famiglia, per la pazienza*

*Grazie a Fabio Banfi, per avermi accompagnata, e ancora accompagnarmi, nel  
labirinto*

## Indice generale

INTRODUZIONE.....	2
UNO SGUARDO AL CONTESTO.....	5
LA SPESA SANITARIA IN ITALIA.....	11
“LA REVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA: IL CASO DELLA SANITÀ” - DOSSIER DELL'UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO ANNO 2015.....	21
TEMPI DI ATTESA.....	22
NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE.....	24
PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA.....	24
Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa PNGLA.....	24
Regione Lombardia.....	28
Il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).....	28
Ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta.....	28
Monitoraggio del sistema.....	31
Monitoraggio delle sospensioni.....	31
Ricoveri programmati.....	32
APPROPRIATEZZA: UN ASPETTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA.....	33
LA MEDICINA DIFENSIVA.....	35
DECRETO 9 DICEMBRE 2015: CONDIZIONI DI EROGABILITA' E INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA AMBULATORIALE EROGABILI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE .....	37
L'AZIENDA OSPEDALIERA E LE RICHIESTE DEI CITTADINI.....	39
Presidi ospedalieri.....	39
Piattaforme polispecialistiche ambulatoriali e rete extra-ospedaliera dei servizi sanitari aziendali .....	39
Missione dell'Azienda Ospedaliera.....	40
ATTIVITA' DI ASCOLTO DEI CITTADINI PRESSO UN'AZIENDA OSPEDALIERA DI REGIONE LOMBARDIA: DATI URP 2015.....	42
Reclami e segnalazioni pervenuti.....	42
Modalita'.....	43
Classificazione delle segnalazioni.....	44
Qualita' percepita: n° di reclami e prestazioni erogate.....	45
CONCLUSIONI.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	59

## INTRODUZIONE

Aumento del bisogno e compressione delle risorse: razionalizzazione o razionamento nel Servizio Sanitario Nazionale? In Italia si spende troppo per la sanità?

I "percorsi di salute" trovano una risposta nella risorsa utilizzabile o nella efficacia attesa?

I D. Lgs. 502/92 e 517/93 nel progetto di aziendalizzazione della sanità proponevano il giusto rendimento della spesa affidata a gestioni manageriali. Ma sono adeguate alla malattia le risposte come la centrale unica di acquisti, il nuovo sistema di benchmark per nuovi dispositivi e farmaci, il migliore monitoraggio del patto tra Stato e Regioni, la digitalizzazione sanitaria?

Nel Piano Sanitario 1994-1996 già si affermava: "la pressione della scarsità delle risorse orienta a immaginare un servizio alla salute che accetti in senso positivo la sfida della autolimitazione". Forse, non è la riduzione nei volumi di produzione di prestazioni sanitarie che può produrre un diverso risultato, ma l'abbandono di sfere di intervento inappropriate che, ad oggi, vanificano i nuovi modelli di risposta al bisogno di salute.

D'altra parte, per citare Ivan Illich "Quanto più aumenta l'offerta di salute, tanto più le persone rispondono adducendo i loro problemi, bisogni, malattie e chiedendo di essere garantite contro i rischi"<sup>1</sup>.

Mi piace, a questo punto, citare Fabio Banfi e Mario Picozzi, che nel 2007 scrivevano: "La medicina è a rischio? E' certamente una domanda radicale, forse eccessiva. Ma talvolta affiora nelle discussioni sui temi dell'allocazione delle risorse in sanità, soprattutto quando sono medici ad occuparsi dell'argomento.

Paura fondata, o timore di perdere ruolo e prestigio, in favore di terzi soggetti? Il rischio di sottomettere la propria professionalità e il senso profondo della propria scelta lavorativa ad interessi altri rispetto a quelli propri della medicina, è una realtà possibile, ma non inevitabile o ineluttabile. E' del tutto evidente che la salvaguardia dell'atto medico passa attraverso l'opera degli operatori sanitari, ma soprattutto è compito della società, responsabile delle condizioni di possibilità del suo svolgimento. E quindi l'argine alla

---

<sup>1</sup> I. Illich, *L'ossessione della salute perfetta. L'aumento delle cure genera nuove patologie*, in *Le Monde Diplomatique* – Marzo 1999

possibile deriva in senso mercantile della pratica medica è rappresentato dall'interesse della società tutta e in ultima analisi dalle ragioni della sua stessa sopravvivenza.

Si può quindi ragionevolmente affermare che il ruolo sempre più importante che l'aspetto economico ha nella pratica medica, per molti versi inevitabile, può essere inquadrato correttamente a patto che venga inserito all'interno di altre variabili, primariamente di ordine clinico, e quindi sociale, culturale, etico e deontologico e che vengano quindi dichiarati i loro rispettivi rapporti. Ciò che non è consentito, pena il rischio di indebito sovvertimento del significato di medicina, è il considerare il solo fattore economico quale determinante le scelte.

Rimane aperta la questione sul significato proprio di medicina e di atto medico. Riconoscendo la pluralità di posizioni, riteniamo ci sia ancora oggi una sostanziale condivisione di tale significato, almeno a livello esperenziale, se non di pensiero riflesso. Esso è contrassegnato dalla promessa di cura, fiducia, reciproco affidamento, condivisione di senso: ciò sostanzia e rende possibile un consenso, anche un contratto. A meno di questo, la sigla in calce a un modulo rimarrebbe esteriore al rapporto di cura, sanzionando la reciproca estraneità dei soggetti in causa, riducendo l'agire medico a mera offerta di prestazioni, tecnicamente idonee, economicamente sostenibili".<sup>2</sup>

A fronte di una sempre più insistente, dichiarata necessità di compressione delle risorse, è sembrato utile interrogarsi in merito alle attese delle persone circa le risposte possibili ai propri bisogni di salute.

Nel presente lavoro, dopo una panoramica sul contesto attuale in relazione alla sanità, ai suoi costi, ai vincoli economici che ne determinano indubbiamente l'offerta, si è presa in considerazione la normativa nazionale e regionale, con specifico riferimento al governo dei tempi di attesa, per fornire una rappresentazione della complessità del problema dell'accesso alle cure.

Si è in seguito considerato il Decreto 9 dicembre 2015: *Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale*, il cosiddetto Decreto Appropriatezza,

---

<sup>2</sup> Mario Picozzi, Fabio Banfi "La medicina è a rischio?" in *Management ed etica delle risorse in sanità*, Fabio Banfi, Mario Picozzi (a cura di) Milano, Franco Angeli, 2007, pag. 157

con una breve disamina dei concetti, appunto, di appropriatezza e di medicina difensiva.

Quanto dello sforzo normativo rappresentato e della complessità dell'intervento istituzionale affinché sia garantita l'equità, con specifico riferimento all'accessibilità alle cure, pur tenendo conto della limitatezza delle risorse, ha risultati percepibili e percepiti dai cittadini?

Per cercare di rispondere a questa domanda, si sono presi in considerazione le segnalazioni e i reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di un ospedale di medie dimensioni di Regione Lombardia nel corso del 2015. Questi sono stati suddivisi secondo le diverse categorie e rapportati, in percentuale, ai volumi di attività delle Unità Operative interessate, nell'intento di fornire una fotografia il più possibile realistica della struttura presa in considerazione.

Si è ritenuto che un'analisi delle ragioni che spingono le persone a contattare l'URP di un ospedale potesse rendere conto della percezione che i cittadini hanno dell'offerta sanitaria, nonché di quelli che vengono maggiormente vissuti come problemi nell'accesso alle cure.

Dall'analisi dei reclami e delle segnalazioni, è emerso quanto i tempi di attesa per prestazioni specialistiche e per interventi chirurgici siano molto presenti nelle preoccupazioni dei cittadini, a conferma di un problema annoso per la sanità.

## UNO SGUARDO AL CONTESTO

Sebbene molti paesi stiano attualmente cercando di contenere la crescita della spesa sanitaria, o quantomeno di stabilizzarla, negli ultimi decenni si è assistito a un ritmo di crescita superiore a quello del Prodotto Interno Lordo (PIL).

Al momento, e sempre di più nell'immediato futuro, il governo della spesa per la tutela della salute dei cittadini costituirà un problema rilevante per molti paesi.

Il livello dei costi della sanità si ritiene sia associato a due categorie di fattori determinanti: fattori demografici e fattori economici.

I fattori demografici sono direttamente correlati con le variazioni dinamiche della struttura della popolazione (sostanzialmente, il processo di invecchiamento).

Nei prossimi anni, si assisterà a un incredibile, e mai registrato in precedenza, aumento di ultrasessantenni.

Naturalmente, maggiore è l'aspettativa di vita più alta sarà la domanda di salute, considerando soggetti cronici, portatori di comorbidità, con probabili deficit cognitivi e/o di autosufficienza.

L'impatto, con un effetto domino, si estenderà sulla spesa pensionistica e sociale più in generale (invalidità e disabilità).

La disponibilità di nuovi farmaci, dispositivi medici, procedure diagnostiche ed avanzati interventi sanitari hanno prodotto un notevole guadagno di salute con un aumento considerevole dell'aspettativa di vita.

Generalmente, le nuove tecnologie impattano maggiormente sulla struttura dei costi delle aziende sanitarie rispetto a quelle attualmente in uso, tuttavia ciò si accompagna a una maggiore efficacia clinica e, in prospettiva, a una tendenziale riduzione dei costi. Pertanto, in un contesto macroeconomico ancora incerto e caratterizzato dalla continua ricerca di aree di riduzione di spesa, i decisori, le organizzazioni professionali, le associazioni di pazienti richiedono con sempre maggiore determinazione la dimostrazione dell'effettivo valore economico e clinico degli interventi e delle procedure sanitarie.

L'incremento delle valutazioni economiche riflette il crescente interesse per l'impatto delle

procedure sulla sostenibilità del sistema in generale.

Considerando l'aumento dell'onere economico della domanda di salute nel suo complesso, l'effetto degli interventi sanitari sui costi sociali non può essere trascurato. Ad esempio, la riduzione dell'assenteismo può migliorare o favorire il recupero della produttività. In secondo luogo, il decremento del "presenteismo" (una forma non visibile di perdita della produttività, in cui il lavoratore, sebbene presente, non riesce ad ottenere le consuete prestazioni a causa di una malattia o di condizione patologica) può determinare un miglioramento della produzione. Sia la qualità di vita del lavoratore che il profilo di competitività della società che lo impiega possono essere sostanzialmente aumentate. Va considerato che il presenteismo è un problema molto più costoso dell'assenteismo e si rende ancor più manifesto proprio nei momenti di difficoltà economica, quando i lavoratori sono più sensibili alla potenziale perdita del lavoro.

In condizioni di crisi economica diventa essenziale identificare e ridurre gli sprechi.

Viene frequentemente segnalato, a tutti i livelli dell'assistenza e da parte di tutte le discipline specialistiche, il sovra – utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriati: farmaci, test diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri. La medicina difensiva rappresenta una delle determinanti di tale fenomeno, la sua espansione è all'insegna culturale, professionale e sociale del "di più è meglio": si offre un numero sempre maggiore di prestazioni che incrementano la spesa sanitaria e aumentano la soddisfazione di cittadini e pazienti, spesso senza migliorarne lo stato di salute. Questo panorama, con la ricerca di una maggior cautela da parte dei clinici, è influenzato da sentenze giudiziarie talvolta discutibili e da legali senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso.

Sempre a proposito di sprechi, non è possibile tacere la vasta rete del malaffare, che sottrae preziose risorse alla sanità pubblica, esposta a fenomeni opportunistici in quanto caratterizzata da complessità, incertezze, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. Tutti questi fattori rendono il sistema difficilmente controllabile e di conseguenza, ingenti quantità di denaro sono esposte a condizionamenti impropri, che determinano frodi, abusi e illegalità, sottraendo risorse preziose al sistema.

Altro ambito di possibile riduzione degli sprechi sono gli acquisti a costi eccessivi. La mancata definizione dei costi standard, la limitata implementazione dei prezzi di riferimento



e l'assenza di regole su scala nazionale fanno sì che i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, ecc), oltre che beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, utenze telefoniche, ecc), possano essere molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali e aziendali ingiustificate.

Il sotto – utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate rappresenta un'altra fonte di spreco.

Il sotto – utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complicanze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze dal lavoro o il presenteismo di cui si è già parlato.

Il mix tra eccessiva burocratizzazione, scarsa informatizzazione, ipertrofia del comparto amministrativo, mancata o carente standardizzazione dei processi non clinici, il sovraccarico di obblighi burocratici che sottraggono tempo prezioso ai professionisti sanitari costituiscono un'altra categoria di sprechi.

Da ultimo, vale la pena affrontare il tema dell'inadeguato coordinamento dell'assistenza.

Gli sprechi si verificano sia tra setting differenti (ospedalieri e territoriali) con conseguente assistenza del paziente in setting a eccessivo consumo di risorse rispetto ai bisogni, anche a causa di una mancata standardizzazione dei profili assistenziali. Gli sprechi sono particolarmente evidenti con i pazienti cronici, nei quali l'assistenza a livello di cure primarie va integrata con interventi specialistici e ricoveri ospedalieri.

E' indispensabile superare la cultura ospedalocentrica e la dicotomia ospedale – territorio attraverso una riorganizzazione dei servizi tramite modelli di ricomposizione dei percorsi di cura in grado di condividere tecnologie e competenze professionali, oltre a modalità concrete di integrazione socio – sanitaria.

E' necessario che l'organizzazione sanitaria e la prassi della medicina avviino un processo di autocritica.

Una delle grandi conquiste della medicina contemporanea è l'aver fondato il proprio operare sulla cosiddetta “evidence based medicine”, cioè su atti di cura costruiti attorno a modelli che hanno avuto una conferma sperimentale. Il tradizionale atteggiamento, adottato da molti medici, di decidere in base al “secondo me” è stato doverosamente sostituito, almeno nella parte più avanzata della prassi clinica, dalle regole imposte dalla ricerca scientifica, che hanno portato alla produzione di linee guida e protocolli. Sempre più questi

hanno rappresentato punti di riferimento per la prescrizione in campo diagnostico, terapeutico e riabilitativo; in tal modo il medico si sente rassicurato nel proprio agire, tanto più in un'epoca di conflittualità crescente, ma anche rispetto ai risultati di salute ottenibili.

Conseguenza di questo indubbio progresso è stata l'adozione da parte dei sistemi organizzati di cura del termine "appropriatezza" come faro-guida. Si sono quindi diffusi comportamenti che devono rispondere a precise indicazioni, con modalità prefissate, tempi determinati, costi precisi; tuttavia la tendenza alla standardizzazione, coniugandosi al processo di aziendalizzazione in atto nei sistemi sanitari a partire dagli anni '80, ha superato i propri confini, invadendo ogni spazio e rischiando di divenire il fulcro di ogni atto clinico. Per esemplificare questo atteggiamento è stato coniato il termine di McDonaldizzazione della medicina, perché si sarebbe di fatto imposta una prassi simile a quella dei fast food della famosa catena americana. Sebbene siano stati definiti per razionalizzare il sistema, i quattro principi base del sistema Mc Donald's - efficienza, calcolabilità, predicibilità e controllo - spesso inducono conseguenze negative.

Le regole di efficienza, adottate nell'ipotesi che aumentino l'efficacia delle cure e che inducano un corretto bilancio tra costi e benefici, governano in modo rigido gli atti che si svolgono attorno al cittadino ammalato, imponendo ai diversi attori comportamenti eccessivamente schematizzati. Questa logica si ispira al taylorismo, che nel processo produttivo costringe ad adottare procedure strettamente predeterminate. In alcuni ospedali si fa riferimento al modello post - fordista del toyotismo, ispirando l'organizzazione dei luoghi di cura alla anelasticità dei sopracitati archetipi organizzativi.

Hartzband e Groopman sul New England Journal of Medicine del 14 gennaio 2016 scrivono: «L'adeguamento integrale al Taylorismo e al processo produttivo tipico della Toyota non può essere adottato in molti aspetti vitali della medicina. Se i pazienti fossero automobili, noi saremmo tutte automobili usate di modello e di età diversa, con problemi diversi e spesso multipli, molti dei quali sono stati precedentemente riparati da vari meccanici. Inoltre, queste automobili parlerebbero linguaggi diversi ed esprimerebbero preferenze individuali rispetto a come, dove e quando desidererebbero essere aggiustate. L'assoluta verità della medicina è che i pazienti sono geneticamente, fisiologicamente e culturalmente diversi. Inoltre non ci si può meravigliare che esperti diversi esprimano opinioni diverse rispetto a come meglio diagnosticare e trattare molte patologie».

Oggi fortunatamente si intravedono i segni di un cambiamento rispetto agli eccessi del Taylorismo e della McDonaldizzazione, ma siamo ancora nel guado, perché non è stato identificato il “nuovo gradino” di un reale progresso culturale e della prassi: dalla medicina del “secondo me” (sia nel singolo atto, sia a livello di strutture più o meno complesse), prescientifica, retorica e vuota, e dalla medicina basata sulle prove di evidenza (che peraltro ha costituito un notevole progresso), si deve arrivare alla nuova fase, ancora da costruire, che invita a ipotizzare modelli che integrino e superino quelli del recente passato.

La medicina dovrebbe essere definita una scienza della complessità, la cui efficacia dipende dalla capacità di considerare clinicamente tutti gli eventi in gioco nel costruire un futuro difficilmente predeterminabile e che richiede la capacità di adattare le risposte al comparire di situazioni diverse, di varia intensità, tra loro aggregate in maniera imprevedibile.

Abbiamo la forza culturale oggi per opporci al prevalere di posizioni rigide, apparentemente razionali e che sembrano rispondere al bisogno con costi limitati (o limitabili), senza considerare l'enorme variabilità e instabilità del materiale che dovrebbero gestire (sia quello umano che quello legato alle organizzazioni sociali)? Forse è prematuro qualsiasi tentativo di dare una risposta a un interrogativo immerso nelle difficoltà del presente; la crisi economica sembra porre in posizione di vantaggio chi offre risposte apparentemente sicure, e quindi tranquillizzanti, anche sul piano dei costi, nel definire comportamenti e nel realizzare atti di cura. Però al ragionamento manca il pezzo che riguarda la persona in difficoltà; la sua realtà umana e clinica non è schematizzabile all'interno di gabbie di pensiero precostituite.

Le variabili che costituiscono la vita di una persona ammalata, spesso affetta da una patologia cronica di lunga durata, non rientrano infatti in schemi uguali tra loro, e quindi riproducibili all'interno di un algoritmo che parte dal sintomo e arriva all'organizzazione dell'ospedale, della casa di riposo, di un sistema territoriale di assistenza. Non si tratta di adottare criteri di “umanizzazione” della medicina, come fosse un'integrazione benevola alle procedure prefissate, ma di prendere atto che la personalizzazione in termini biologici, clinici, psicosociali del bisogno deve essere collocata strutturalmente all'interno del meccanismo decisionale. Inoltre, è in atto un "processo di trasformazione del cittadino/paziente in cittadino/consumatore, sempre più volubile e impaziente, di beni e

servizi sania tri. L'affermarsi del 'consumerismo' – inteso come tendenza dei consumatori ad autotutelarsi negli acquisti di beni e, in sanità, come capacità del paziente di influire sulle scelte sanitarie in quanto dotato di maggiori conoscenze cliniche e quindi non più disponibile a svolgere un ruolo passivo nel processo diagnostico – terapeutico – genererà incremento della spesa sanitaria.<sup>3</sup>

Come mettere in atto una prassi, che tenda al massimo della razionalizzazione dei comportamenti, in base alle più recenti conquiste dalla scienza medica e dell'organizzazione, ma che allo stesso tempo sia in grado di applicare i nuovi modelli alla variabilità della condizione clinica? Attorno a questa problematica si sviluppa il dibattito attuale, nell'attesa di arrivare a una sintesi. È però necessario adottare atteggiamenti senza preconcetti, aperti. Nella ricerca di nuove soluzioni nessuno può pretendere di avere le risposte già pronte. Preoccupano coloro che pensano di imporre per ragioni commerciali il loro modello a servizi sanitari che hanno invece l'esigenza di strutturarsi secondo modalità elastiche di comprensione della condizione di sofferenza dei cittadini presi in carico. Si pensi, ad esempio, agli anziani, che rappresentano una fascia sempre più ampia di fruitori dei servizi e che, per definizione, presentano bisogni ampiamente differenziati.

Organizzare l'assistenza adottando le rivisitazioni recenti del toyotismo significa accettare di mettere al centro la macchina organizzativa e non il bisogno reale (con buona pace della centralità del cittadino!). Talvolta purtroppo chi compie queste scelte nemmeno si rende conto di adottare sistemi profondamente inefficienti, perché il risultato di salute non viene nemmeno preso in considerazione. Pur ammettendo che talvolta nell'anziano è difficile misurare gli outcome clinici, è doveroso mettere a punto modalità per valutare nel tempo come si modifica la salute (la quale a sua volta è conseguenza di vari fattori); non è infatti una variabile indipendente, come talvolta sembrano implicitamente affermare alcune posizioni culturali. L'idea originaria di Taylor di identificare il modo migliore per svolgere un determinato lavoro in termini di tempo e di efficienza resta un'indicazione valida, per evitare pressapochismi e sprechi; deve però tenere in conto che il lavoro in medicina non è paragonabile a quello con i bulloni, perché il cuore e la mente, il soma e la psiche dell'oggetto del lavoro variano continuamente.

---

3 Fabio Banfi "Macrotendenze della sanità in futuro" in *Management ed etica delle risorse in sanità*, Fabio Banfi, Mario Picozzi (a cura di) Milano, Franco Angeli, 2007, pag. 25

## LA SPESA SANITARIA IN ITALIA

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha pubblicato l'ultimo aggiornamento dei dati sulla spesa sanitaria nazionale e regionale relativi al periodo 2008-2014, con particolare attenzione alle voci di costo che hanno maggiormente inciso sull'andamento della spesa e ai disavanzi regionali. Lo studio s'incentra sull'analisi dei dati ricavati dai Conti Economici (CE) consuntivi compilati dalle Regioni stesse e inseriti sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute.

Una prima analisi dei fenomeni più significativi evidenzia una crescita nel 2014 della spesa sanitaria dello 0,89% rispetto al 2013, arrivando a quota 112,6 mld e segnando un'inversione di tendenza rispetto agli anni 2008-2013, che registravano un trend in diminuzione.

A livello regionale la spesa è aumentata di più in Abruzzo (2,5%), Lombardia (+2,3%), Campania (2,1%), Calabria (1,9%), Puglia (1,8%), Toscana (+1,8%). I cali più vistosi in Valle d'Aosta (-4,3%), Friuli Venezia Giulia (-3,6%), Pa Bolzano (-1,5%).

Dal lato dei costi che hanno inciso maggiormente essi sono stati: prodotti farmaceutici ed emoderivati (+7,09%), dispositivi medici (3,41%), manutenzioni e riparazioni (+5,62%). Si registra un incremento anche nella voce di spesa legata alle consulenze che ammontano nel 2014 a circa 780 mila euro (+2,48%). Nel 2014 cresce anche la spesa per manutenzioni, in media del 6%. In crescita le prestazioni da privato ma l'attenzione è sulle prestazioni per assistenza ospedaliera (+2,05%) il cui andamento non è coerente con le misure introdotte dal dl n. 95/2012, che prevedeva una riduzione rispetto al consuntivo 2011 nei volumi e nei corrispettivi degli acquisti di specialistica ambulatoriale e ospedaliera dagli erogatori privati.

Il report sottolinea anche l'andamento di altre due componenti che non sono legate ad attività sanitarie in senso stretto ma sono rappresentative della stabilità del sistema aziendale. Nel 2014 si vede il raddoppiarsi degli accantonamenti, dove la voce preponderante è rappresentata dagli accantonamenti per rischi: 1) situazioni di contenziosi con i fornitori, specie di servizi, ancora non risolti; 2) modifica del sistema assicurativo con

aumento nelle regioni del sistema della autoassicurazioni. Anche la gestione finanziaria (seppur di importi non consistenti) è rappresentativa di costi che il servizio sanitario sta pagando a seguito dei debiti pregressi e del ritardo nei pagamenti ai fornitori, infatti i valori più elevati si registrano negli interessi passivi e sono maggiormente presenti nelle regioni in piano di rientro.

Per quel che riguarda la mobilità passiva, si conferma il trend in crescita con un costo pari a circa 3,8 miliardi di euro l'anno. Andando a vedere i saldi della mobilità regione per regione si scopre che in testa alla graduatoria delle Regioni che 'attraggono' più pazienti c'è la Lombardia con un saldo positivo di 533,9 mln. A seguire l'Emilia Romagna con un saldo positivo di 327,9 mln e la Toscana con 151,2 mln. Al contrario tra le Regioni che hanno saldi negativi guida la classifica la Campania (-270,4 mln), seguita dalla Calabria (-251,6 mln), Lazio (-201,5 mln), Puglia (-187,2 mln) e Sicilia (-161,6 mln).

L'analisi del finanziamento della spesa sanitaria rileva un aumento del Fondo sanitario nazionale che dal 2008 al 2014 cresce del 9%. Per quel che riguarda invece le entrate proprie, la compartecipazione alla spesa (ticket) si conferma la voce principale con una crescita del 26% dal 2008 al 2014 mentre le risorse a carico del bilancio regionale crescono del 18%.

La spesa per Livelli Essenziali di Assistenza indica che l'assistenza ospedaliera passa dal 48,16% del 2008 al 44,72% del 2013; quella per l'assistenza distrettuale passa dal 47,51% del 2008 al 51,09% del 2013; mentre la prevenzione rimane stabile intorno al 4%.

**Tabella 1: Spesa Sanitaria corrente anni 2008 – 2014**

*Fonte: elaborazione Agenas su dati e modelli Ce consuntivi 2008-2014 (NSIS)*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>PIEMONTE</b>	8.168.765	8.444.150	8.576.644	8.534.730	8.454.187	8.268.504	8.257.614
<b>VALLE D'AOSTA</b>	260.879	264.043	278.060	279.486	279.298	272.649	260.785
<b>LOMBARDIA</b>	16.740.240	17.222.431	17.844.158	18.186.558	18.307.208	18.446.212	18.870.104
<b>PROV AUT BOLZANO</b>	1.108.183	1.065.860	1.099.606	1.112.280	1.158.176	1.160.304	1.141.812
<b>PROV AUT TRENTO</b>	995.402	1.062.713	1.095.332	1.131.258	1.157.508	1.150.646	1.153.187
<b>VENETO</b>	8.652.843	8.907.065	9.050.809	9.019.565	8.915.056	8.783.767	8.788.140
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	2.316.504	2.414.483	2.448.022	2.500.544	2.498.732	2.475.931	2.385.568
<b>LIGURIA</b>	3.186.542	3.288.245	3.273.850	3.257.367	3.171.880	3.135.759	3.168.488
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	8.061.983	8.461.042	8.631.331	8.731.365	8.892.326	8.744.020	8.768.698
<b>TOSCANA</b>	6.805.062	7.261.649	7.252.161	7.255.084	7.282.498	7.131.197	7.260.237
<b>UMBRIA</b>	1.567.200	1.623.697	1.636.560	1.647.572	1.658.570	1.650.583	1.645.404
<b>MARCHE</b>	2.647.113	2.761.392	2.835.884	2.837.582	2.786.463	2.743.929	2.768.653
<b>LAZIO</b>	10.987.886	11.250.297	11.143.017	11.007.694	10.925.879	10.701.872	10.682.689
<b>ABRUZZO</b>	2.371.856	2.362.669	2.355.425	2.323.540	2.330.702	2.290.309	2.348.869
<b>MOLISE</b>	653.501	668.710	665.753	654.242	663.517	652.881	661.353
<b>CAMPANIA</b>	10.084.763	10.246.143	10.116.740	9.949.429	9.674.527	9.510.214	9.716.016
<b>PUGLIA</b>	7.131.501	7.197.239	7.289.302	7.131.526	7.029.857	7.022.325	7.151.521
<b>BASILICATA</b>	1.020.474	1.042.555	1.063.916	1.068.467	1.038.555	1.028.247	1.037.458
<b>CALABRIA</b>	3.384.485	3.514.678	3.473.073	3.400.489	3.332.621	3.297.242	3.360.408
<b>SICILIA</b>	8.341.115	8.471.903	8.606.583	8.610.897	8.546.649	8.566.884	8.579.301
<b>SARDEGNA</b>	2.944.030	3.082.855	3.165.745	3.217.523	3.262.632	3.233.326	3.266.518
<b>ITALIA</b>	<b>108.143.924</b>	<b>111.372.503</b>	<b>112.630.340</b>	<b>112.623.941</b>	<b>112.688.218</b>	<b>111.684.110</b>	<b>112.672.629</b>
regioni non in piano di rientro	48.681.457	50.568.076	51.588.669	52.003.560	52.052.556	51.663.714	52.307.182
regioni in piano di rientro e commissariate	27.482.491	28.042.497	27.754.008	27.335.394	26.927.246	26.452.518	26.769.335
regioni in piano di rientro	23.641.381	24.113.292	24.472.529	24.277.153	24.030.693	23.857.713	23.988.436
regioni a statuto speciale	7.624.998	7.889.954	8.086.765	8.241.091	8.356.346	8.292.856	8.207.870

**Tabella 2: Spesa corrente (variazione percentuale)***Fonte: elaborazione Agenas su dati e modelli Ce consuntivi 2008-2014 (NSIS)*

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
<b>PIEMONTE</b>	3,37%	1,57%	-0,49%	-0,94%	-2,20%	-0,13%
<b>VALLE D'AOSTA</b>	1,21%	5,31%	0,51%	-0,07%	-2,38%	-4,35%
<b>LOMBARDIA</b>	2,88%	3,61%	1,92%	0,66%	0,76%	2,30%
<b>PROV AUT BOLZANO</b>	-3,82%	3,17%	1,15%	4,13%	0,18%	-1,59%
<b>PROV AUT TRENTO</b>	6,76%	3,07%	3,28%	2,32%	-0,59%	0,22%
<b>VENETO</b>	2,94%	1,61%	-0,35%	-1,16%	-1,47%	0,05%
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	4,23%	1,39%	2,15%	-0,07%	-0,91%	-3,65%
<b>LIGURIA</b>	3,19%	-0,44%	-0,50%	-2,62%	-1,14%	1,04%
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	4,95%	2,01%	1,16%	1,84%	-1,67%	0,28%
<b>TOSCANA</b>	6,71%	-0,13%	0,04%	0,38%	-2,08%	1,81%
<b>UMBRIA</b>	3,60%	0,79%	0,67%	0,67%	-0,48%	-0,31%
<b>MARCHE</b>	4,32%	2,70%	0,06%	-1,80%	-1,53%	0,90%
<b>LAZIO</b>	2,39%	-0,95%	-1,21%	-0,74%	-2,05%	-0,18%
<b>ABRUZZO</b>	-0,39%	-0,31%	-1,35%	0,31%	-1,73%	2,56%
<b>MOLISE</b>	2,33%	-0,44%	-1,73%	1,42%	-1,60%	1,30%
<b>CAMPANIA</b>	1,60%	-1,26%	-1,65%	-2,76%	-1,70%	2,16%
<b>PUGLIA</b>	0,92%	1,28%	-2,16%	-1,43%	-0,11%	1,84%
<b>BASILICATA</b>	2,16%	2,05%	0,43%	-2,80%	-0,99%	0,90%
<b>CALABRIA</b>	3,85%	-1,18%	-2,09%	-2,00%	-1,06%	1,92%
<b>SICILIA</b>	1,57%	1,59%	0,05%	-0,75%	0,24%	0,14%
<b>SARDEGNA</b>	4,72%	2,69%	1,64%	1,40%	-0,90%	1,03%
<b>ITALIA</b>	<b>2,99%</b>	<b>1,13%</b>	<b>-0,01%</b>	<b>0,06%</b>	<b>-0,89%</b>	<b>0,89%</b>
regioni non in piano di rientro	3,88%	2,02%	0,80%	0,09%	-0,75%	1,25%
regioni in piano di rientro e commissariate	2,04%	-1,03%	-1,51%	-1,49%	-1,76%	1,20%
regioni in piano di rientro	2,00%	1,49%	-0,80%	-1,02%	-0,72%	0,55%
regioni a statuto speciale	3,47%	2,49%	1,91%	1,40%	-0,76%	-1,02%

Nota Tabella 1 e 2:

il livello di spesa regionale è calcolato al netto della mobilità passiva e al lordo degli ammortamenti e del saldo delle valutazioni e svalutazioni

-Regioni non in piano di rientro: Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

-Regioni in piano di rientro e commissariate: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria

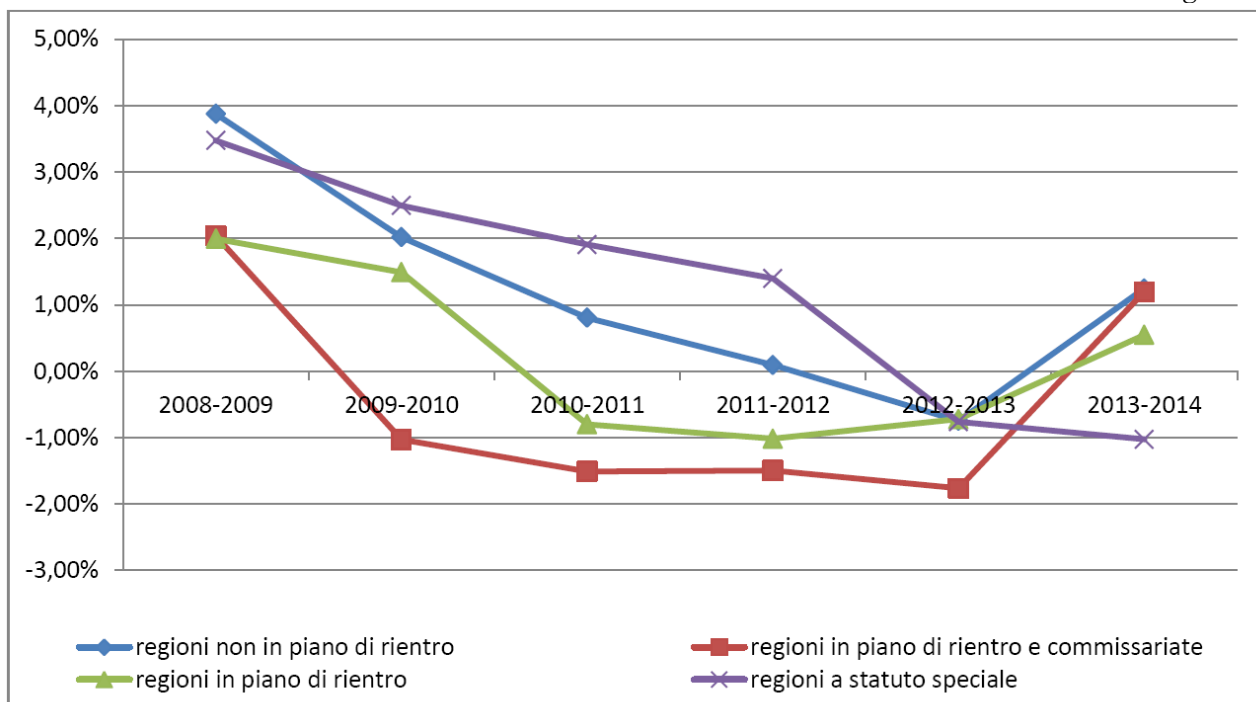
-Regioni in piano di rientro: Piemonte, Puglia, Sicilia

-Regioni a statuto speciale: Valle d'Aosta, Prov. Aut. Bolzano, Prov. Aut. Trento, Friuli V. Giulia, Sardegna



**Figura 1: Spesa Sanitaria corrente (variazione percentuale)**

Fonte: NSIS – elaborazione Agenas



Nota:

il livello di spesa regionale è calcolato al netto della mobilità passiva e al lordo degli ammortamenti e del saldo delle valutazioni e svalutazioni

-Regioni non in piano di rientro: Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

-Regioni in piano di rientro e commissariate: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria

-Regioni in piano di rientro: Piemonte, Puglia, Sicilia

-Regioni a statuto speciale: Valle d'Aosta, Prov. Aut. Bolzano, Prov. Aut. Trento, Friuli Venezia Giulia, Sardegna

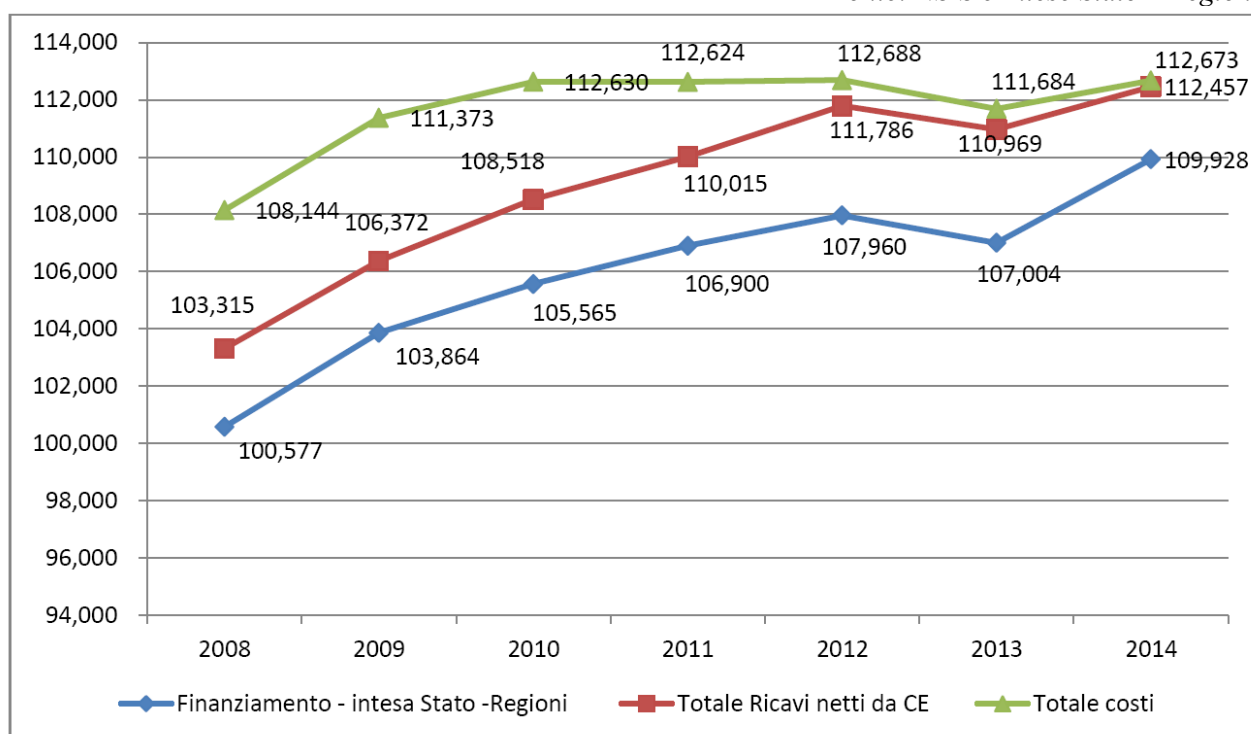
**Tabella 3: focus costi 2013 – 2014**

COSTI		2013	2014	var %
consulenze		760.516	779.384	2,48%
Prodotti farmaceutici ed emoderivati		8.345.836	8.937.819	7,09%
altri beni sanitari				
	<i>B.1.A.3.1) Dispositivi medici</i>	3.772.601	3.873.848	2,68%
	<i>B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)</i>	1.196.590	1.264.675	5,69%
servizi non sanitari				
	<i>B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari</i>	332.289	347.295	4,52%
	<i>B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche</i>	834.118	878.715	5,35%
	<i>B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi</i>	25.615	27.301	6,58%
	<i>B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni</i>	192.760	209.296	8,58%
	<i>B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria</i>	519.845	551.970	6,18%
prestazioni da privato				
	<i>assistenza ospedaliera</i>	8.255.270	8.424.677	2,05%
	<i>psichiatria residenziale e semiresidenziale</i>	8.255.270	8.424.677	2,05%
	<i>distribuzione farmaci File F</i>	935.427	952.549	1,83%
	<i>prestazioni termali in convenzione</i>	524.629	582.847	11,10%
	<i>prestazioni di trasporto sanitario</i>	120.531	122.334	1,50%
	<i>prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria</i>	843.602	875.093	3,73%
Accantonamenti		1.742.980	2.598.314	49,07%
saldo gestione finanziaria		357.085	362.256	1,45%

*Fonte: elaborazione Agenas su dati modelli Ce consuntivi 2008 – 2014 (NSIS)*

**Figura 2: Spesa Sanitaria corrente e Finanziamento SSN anni 2008 – 2014**

Fonte: NSIS e Intese Stato – Regioni



Nota:

il livello di spesa (Totale costi) è al lordo del saldo di mobilità passiva; il totale dei ricavi è al lordo del saldo di mobilità attiva

-Regioni non in piano di rientro: Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata

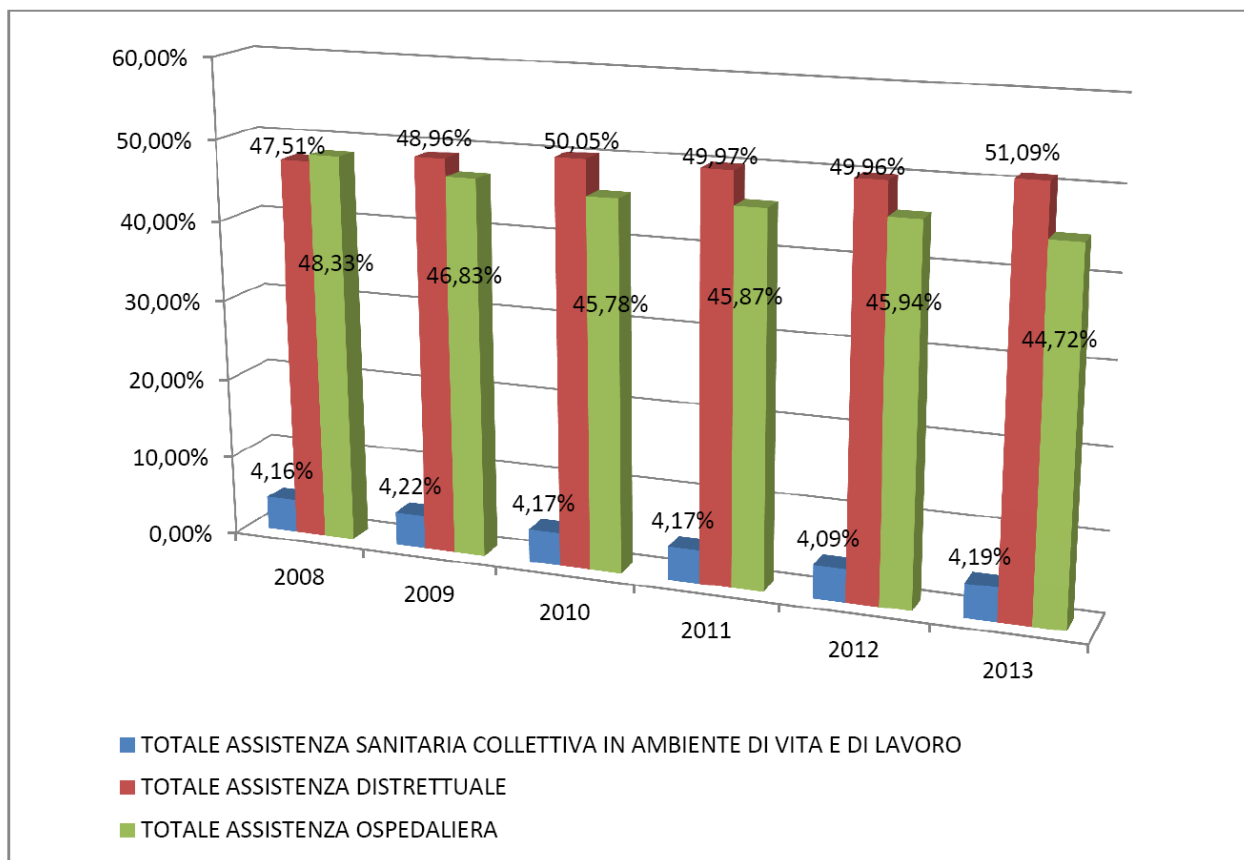
-Regioni in piano di rientro e commissariate: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria

-Regioni in piano di rientro: Piemonte, Puglia, Sicilia

-Regioni a statuto speciale: Valle d'Aosta, Prov. Aut. Bolzano, Prov. Aut. Trento, Friuli Venezia Giulia, Sardegna

La differenza tra il finanziamento da intesa Stato – Regione e il totale dei costi è coperto e dalle somme a carico del bilancio regionale e dalle entrate proprie, costituite per 1/3 dalla compartecipazione dei cittadini alla spesa (ticket per prestazioni specialistiche, ticket per pronto soccorso, altro ticket)

**Figura 3: ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli assistenziali, anni 2008 – 2013**

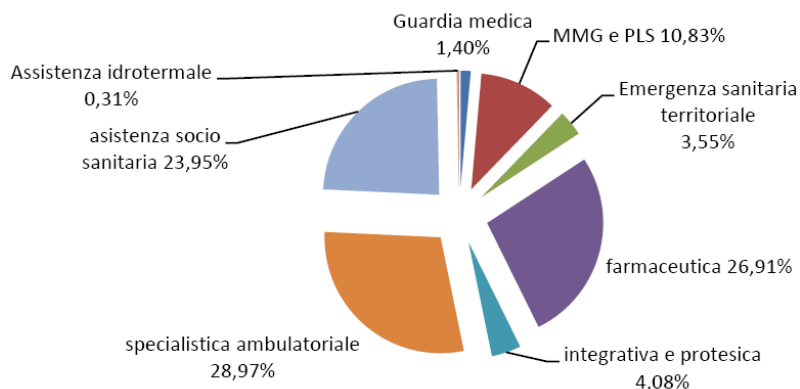


*Fonte: elaborazione Agenas su modelli LA 2008 – 2013 (NSIS)*

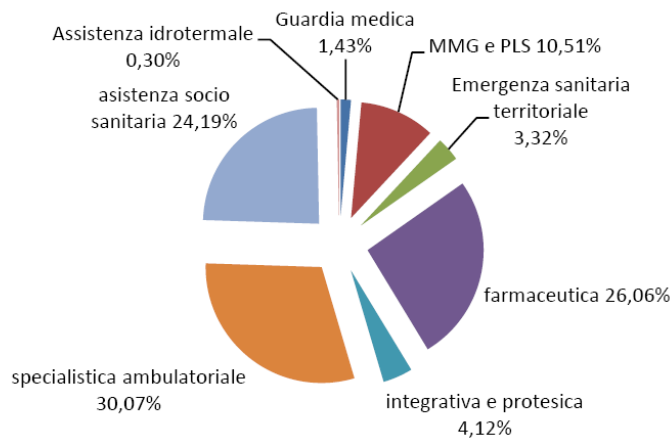
E' interessante approfondire, a questo punto, quali settori registrino i maggiori incrementi di spesa all'interno del macro livello assistenziale di assistenza distrettuale e di assistenza ospedaliero

**Figura 4: ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale per livello di assistenza distrettuale, 2008, 2011 e 2013**

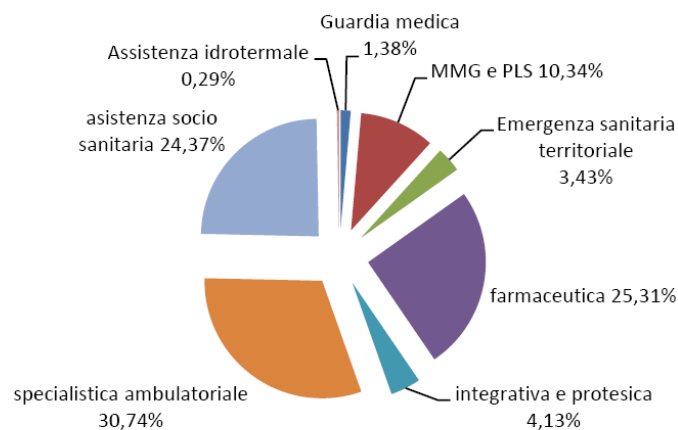
**2008**



**2011**



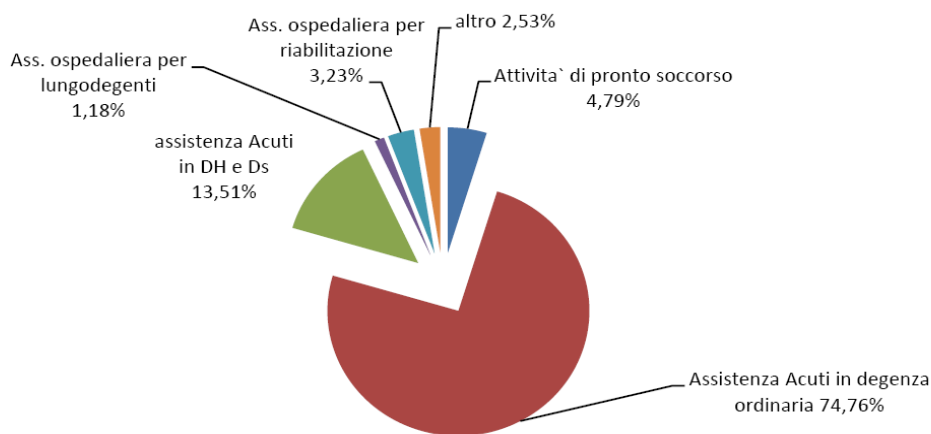
**2013**



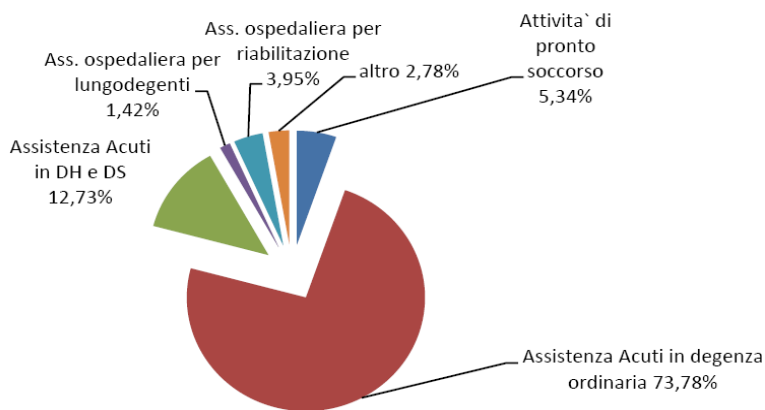
Fonte: elaborazione Agenas su modelli LA 2008-2013 (NSIS)

**Figura 5: ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale per livello di assistenza ospedaliero, 2008, 2011 e 2013**

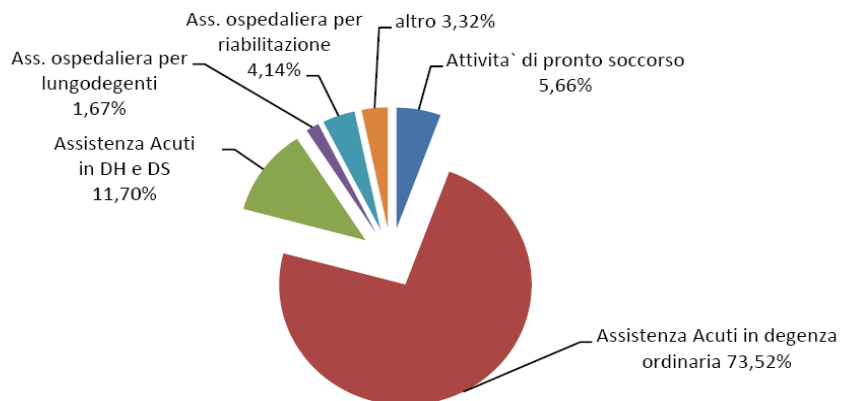
**2008**



**2011**



**2013**



Fonte: elaborazione Agenas su modelli LA 2008-2013 (NSIS)

## **“LA REVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA: IL CASO DELLA SANITÀ” - DOSSIER DELL'UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO ANNO 2015**

Il Focus contiene una riflessione sulla complessa relazione esistente tra risorse, efficienza/efficacia nell'uso delle stesse, qualità e accesso ai servizi. Al dubbio se le misure di correzione della spesa rischino di mettere a repentaglio la funzione di tutela della salute “non è possibile offrire una risposta esaustiva e definitiva. Da un lato, è ancora possibile per le Regioni migliorare il rapporto costo/efficacia dei servizi, attraverso interventi volti alla riduzione degli sprechi, al miglioramento dell'efficienza organizzativa, alla più netta separazione tra interesse pubblico e interessi privati, all'accrescimento dell'appropriatezza, sebbene i margini di azione tendano a restringersi”<sup>4</sup>.

Le informazioni raccolte fotografano un SSN che si va ristrutturando, con un ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera (su tutto il territorio nazionale) e un parziale rafforzamento di quella territoriale (soprattutto in alcune Regioni), in presenza di un importante sforzo di contenimento delle risorse complessive, concentrato di recente soprattutto in quelle Regioni che tradizionalmente hanno mostrato minore capacità di gestione. Il processo di riqualificazione del sistema e di superamento delle differenze geografiche nei livelli quantitativi e qualitativi di fornitura è rimasto arretrato rispetto a quello di responsabilizzazione finanziaria, malgrado gli sforzi messi in atto per garantire gli standard nazionali, ad esempio, attraverso il monitoraggio dei LEA e il Programma Nazionale Esiti. Emergono inoltre alcuni segni di limitazione dell'accesso fisico (razionamento) ed economico (compartecipazioni) e tracce di una tensione nell'organizzazione dei servizi, legata alla limitatezza delle risorse finanziarie e umane, che potrebbero rivelarsi insostenibili se prolungate nel tempo. Questo avviene mentre i principali paesi sviluppati allocano quantità sempre maggiori di risorse sulla sanità, seguendo una tendenza che riflette l'aumento della domanda di salute legato all'incremento del benessere e all'invecchiamento della popolazione, oltre che la scoperta di nuove tecnologie e le aspettative di sviluppo del settore.

---

<sup>4</sup> "La revisione della spesa pubblica: il caso della Sanità", dossier dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2015

## TEMPI DI ATTESA

Scorrendo le notizie riportate da alcuni media nazionali, si rileva che nel mese di gennaio 2016, nel Lazio, nessuna struttura è stata in grado di assicurare una risonanza magnetica entro i tempi previsti dalla normativa (60 giorni per le prestazioni diagnostiche, 30 per le prime visite), che in uno degli ospedali della regione arrivano ad allungarsi fino a un anno di attesa.

A Milano in un caso su cinque i ricoveri negli ospedali, pubblici o convenzionati, sfiorano i tempi: l'informazione è ricavata dal Piano sui Tempi di Attesa dell'ATS metropolitana, la nuova azienda che ha assorbito l'ASL di Corso Italia, fondendola con quelle di Legnano, Melegnano e Lodi. Emerge come i problemi siano soprattutto sul fronte dei ricoveri non urgenti, per i quali le liste di attesa sono un problema annoso.

I ricoveri programmati, a seconda dell'intervento e dell'urgenza del caso, possono avvenire entro uno, due, sei o dodici mesi dalla prescrizione. Per questi tipi di ricoveri, le attese spesso sono più lunghe del dovuto: in media, i ritardi sono nel 19 per cento dei casi.

La situazione è migliore per alcuni interventi, peggiore per altri: la maglia nera è per la mastectomia, intervento necessario per il tumore al seno, che sfiora i tempi massimi nel 46 per cento dei casi. L'operazione è più puntuale se la prescrizione prevede che sia fatta entro 30 giorni, mentre se il medico ritiene che possa essere fatta entro 60 giorni, la situazione cambia e la paziente viene operata nella tempistica prescritta solo nel 25 per cento dei casi.

Gli interventi per le emorroidi, in media, sono fuori dai tempi massimi nel 30 per cento dei casi, quelli per la cataratta nel 26. Mentre le operazioni per le tonsille o l'ernia sono in ritardo un quarto delle volte.

Ci sono anche casi positivi, ad esempio, gli interventi al cuore: l'inserimento di uno stent (una sorta di palloncino che sblocca un'arteria) o un intervento di bypass rispettano i tempi il 100 per cento delle volte.

Scorrendo le pagine di un quotidiano locale lombardo, in un giorno di inizio anno 2016, si ricavano alcune informazioni ancora in merito alle liste di attesa. Presso una Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST), Azienda Ospedaliera fino a dicembre 2015, una TAC agli arti



inferiori è stata prenotata il 3 febbraio 2016 per il 13 gennaio 2017, praticamente un anno dopo. Mentre per una risonanza magnetica si va al 14 novembre. Anche per un'ecografia all'addome i tempi appaiono lunghi, nello stesso presidio: si va al 14 settembre, 7 mesi. Lo stesso per un'eco color doppler: la data indicata è il 18 ottobre. Solo per mammografia e scintigrafia ossea si resta nell'arco delle 4 settimane.

## **NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE**

### **PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA**

#### ***Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa PNGLA***

L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie e l'erogazione delle stesse entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza, così come previsto dal DPCM del 29 novembre 2001; è infatti fondamentale garantire un accesso adeguato in relazione alle condizioni cliniche valutate dal medico responsabile.

Si riporta di seguito l'introduzione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, approvato dalla Conferenza Stato – Regioni :

"Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato . Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa .

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici .

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni .

A tal fine, si conviene sulla necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati a seguito del Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008.

Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema .

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto indicato nel PNGLA e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi ;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) ;
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi.

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Il presente Piano :

A. aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio Piano ;

B. individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento ;

C. prevede che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di cui alla lettera A e B, nelle regioni interessate si applichino direttamente i parametri temporali determinati nel presente Piano ;

D. prevede l'utilizzo di una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis della medesima legge, e di quelle previste nel Piano e-gov 2012 Obiettivo 4 - Progetto "Rete centri di prenotazione", anche al fine di realizzare il Centro Unico di Prenotazione (CUP) secondo le indicazioni delle linee guida nazionali del Ministero della Salute ;

E. promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ;

F. individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa :

- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale ;

- il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art . 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi di cui al punto 7.1.A, ;

- il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri ;

- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica ;

- il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria

- il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni ;

G. individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate ;

H. promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai

professionisti

all'interno dell'azienda nell'ambito del governo delle liste d'attesa ; prevede il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria ; promuove le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione, anche in osservanza a quanto previsto al paragrafo 2 .3, punto 2 .3.2 delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010;

I . ridefinisce le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005".<sup>5</sup>

---

5 Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010 - 2012

## **Regione Lombardia**

### **Il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)**

La normativa e le indicazioni di Regione Lombardia in materia di tempi di attesa, in particolare la DGR IX/1775 del 24.05.2011 che recepisce l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, forniscono le indicazioni ricercando una adeguata risposta al problema di garantire una migliore gestione delle modalità con le quali viene assicurato ai cittadini l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

E' necessario riservare grande attenzione al grado di appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in termini di corrette indicazioni cliniche, per il contenimento dei tempi di attesa, con l'intento di garantire al cittadino l'accesso alla prima visita/prima indagine strumentale entro i tempi stabiliti dalla Regione, sulla base di opportune valutazioni di appropriatezza e di urgenza. Inoltre, si indica l'opportunità che i controlli/follow-up seguano percorsi distinti e siano non solo prescritti direttamente dallo specialista al termine della visita ma anche prenotati all'interno della struttura.

#### ***Ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta***

E' utile analizzare quali strumenti siano stati identificati per razionalizzare l'accessibilità ai servizi sanitari in termini di appropriatezza.

In primo luogo, viene indicata la separazione delle agende, distinguendo fra primo accesso e controllo.

**Primo accesso (prima visita o primo esame):** è l'accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di "primo accesso". Possono anche essere

considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia.

**Visita o esame di controllo (follow up):** rientrano in questa categoria visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi a un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; si tratta di prestazioni finalizzate a seguire nel tempo patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il buon esito di un intervento, indipendentemente dal tempo trascorso dal primo accesso. Si devono indicare come controllo le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente e tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia. Tali prestazioni possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni dalla prima visita e comunque nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione, in quanto gli stessi non vanno a influenzare la prognosi e il corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

La DGR 937/2010 (Regole di sistema 2011) e la DGR 1775/2011 hanno reso obbligatoria la compilazione sulla ricetta, da parte del medico prescrittore, del campo "classe di priorità" da assegnare alle prestazioni, sulla base delle necessità cliniche del paziente. Con questo sistema, viene di fatto superata la logica del primo accesso, definendo tempistiche diverse non per tipologia di prestazione.

Se l'accesso alle prestazioni deve avvenire secondo il criterio delle priorità, ne consegue che anche le agende di prenotazione dovrebbero essere strutturate per priorità, superando il vecchio criterio del primo accesso o controllo.

Le classi di priorità applicabili alle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono:

1. U – Urgenza differibile: prestazione da erogarsi entro 72 ore. Si tratta delle prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Secondo le disposizioni contenute nella DGR 3993 del 04.08.2015, la classe di priorità "U" equivale al "bollino verde" e dovrà essere utilizzata in tutti i

casi nei quali la ricetta viene redatta attraverso SISS o comunque stampata. Solo per le prescrizioni compilate a mano deve essere apposto il "bollino verde" .

2. "B" – breve: la prestazione deve essere erogata entro 10 giorni.
3. "D" – differibile: per le procedure di prima diagnosi da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali. Si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente.
4. "P" – programmata: si tratta di prestazioni, da erogarsi in un arco temporale maggiore e comunque non oltre i 180 giorni, che non influenzano la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità o rappresentano un accesso di follow up.

Nel caso in cui la classe di priorità non fosse compilata, si sottintende che la prestazione ricada nella classe "P".

Risulta quindi fondamentale e necessaria una corretta modalità di prescrizione per ottenere le prestazioni nei tempi adeguati alle esigenze cliniche del paziente. Tuttavia, l'analisi effettuata dalle ASL lombarde sulle rendicontazioni delle attività di specialistica ambulatoriale per l'anno 2013 ha rilevato una bassa percentuale di utilizzo da parte dei prescrittori di questo strumento.

Nell'ottica di una riduzione delle attese, è importante contenere il cosiddetto "No show", vale a dire la mancata disdetta della prenotazione. Da una indagine della Cisl nei poliambulatori di Milano, emergerebbe che in un caso su tre il paziente rinunci e, di fronte a una attesa infinita, si rivolga a strutture a pagamento. La normativa nazionale (D. Lgs. 124/1998, art. 3 comma 15) consente la "*attivazione del procedimento di addebito del costo della prestazione agli utenti che non si presentano senza disdire la prestazione*". In alcuni casi, viene inviato un sms per ricordare al paziente la visita prenotata e per chedergli di disdire qualora non ne abbia più bisogno.

La presenza della diagnosi o sospetto diagnostico sulla prescrizione costituisce un indicatore dell'appropriatezza delle prestazioni da effettuare. Per tale ragione, con la DGR 9014 del 20.02.2009 ,Regione Lombardia ha stabilito che le prestazioni di specialistica ambulatoriale non corredate dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico prevalente, correttamente esplicitato,



non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale, in quanto in questi casi non vengono garantiti i minimi presupposti per l'effettuazione appropriata delle prestazioni stesse e in considerazione del fatto che l'esecuzione di prestazioni inappropriate ha come unico esito l'allungamento delle liste di attesa.

Avendo come obiettivo il contenimento dei tempi di attesa, è necessario porre attenzione al sistema dell'offerta da erogare in regime di libera professione. La DGR n. VIII/2308 del 2006, "Linee guida regionali per la predisposizione dei Regolamenti Aziendali che disciplinano l'Attività Libero Professionale Intramuraria" , prevede che "nel caso in cui, a parità di condizioni organizzative, di personale e di domanda di prestazioni specialistiche, si verifici, attraverso rilevazioni periodiche, un superamento dei limiti regionali deliberati come tempi massimi per l'erogazione delle stesse in attività istituzionale, la libera professione intramuraria riferita a quelle prestazioni critiche potrà essere temporaneamente ridotta o sospesa fino al ripristino delle condizioni conformi ai tempi deliberati". Stabilisce inoltre che, per le prestazioni per cui non sono predefiniti i tempi di attesa obiettivo, le agende delle prestazioni effettuate a carico del Sistema Sanitario Nazionale e quelle effettuate in solvenza devono differire al massimo di trenta giorni.

### ***Monitoraggio del sistema***

L'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica e di ricovero che devono essere sottoposte a monitoraggio è contenuto nell'intesa Stato – Regioni del 28/10/2010.

La DGR IX/1775 del 24.05.2011 individua il tempo massimo di attesa che deve essere garantito per il 95 per cento dei pazienti, a prescindere dalle priorità di accesso.

### ***Monitoraggio delle sospensioni***

La sospensione delle prenotazioni di prestazioni comprese nei LEA è vietata dal comma 282 articolo 1 della Legge 266/2005, fatte salve le interruzioni legate a motivi tecnici.

Le strutture erogatrici devono informare l'ASL delle eventuali sospensioni dell'attività di prenotazione e sull'attivazione o dismissione dell'attività specialistica, delle sedi di erogazione, degli orari di apertura.

## ***Ricoveri programmati***

Al fine di garantire un accesso appropriato alle prestazioni di ricovero in relazione alle condizioni cliniche del paziente sulla base delle valutazioni effettuate dal medico, è necessario che le schede di dimissione ospedaliera (SDO) siano compilate con il miglior livello di correttezza e completezza, per quanto riferito alla "classe di priorità" del ricovero e della "data di prenotazione del ricovero programmato". Viene così consentita, inoltre, una più efficace attività di monitoraggio.

Per le prestazioni di ricovero, le classi di priorità sono le seguenti:

**CLASSE A:** ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi;

**CLASSE B:** ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti nè possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

**CLASSE C:** ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi nè possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

**CLASSE D:** ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa viene declinato dalle Aziende Sanitarie Locali che, a loro volta, lo trasmettono alle Aziende Ospedaliere affinché predispongano, in coerenza con quello dell'ASL, il proprio Piano.

Tutto questo ha lo scopo di mantenere sotto controllo la problematica dei tempi di attesa, costringendo i vari livelli del sistema ad avviare azioni volte a favorire l'allineamento tra domanda e offerta.

## **APPROPRIATEZZA: UN ASPETTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA**

Il termine appropriatezza ricorre con estrema frequenza nei documenti esaminati, nonché nei dibattiti in merito alla sostenibilità del sistema Sanità.

Francesco Bevere, nella sua presentazione del "Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza"<sup>6</sup>, scrive: "Il buon funzionamento dei sistemi sanitari tradotto in termini di efficacia, efficienza ed equità e la loro tenuta, sempre più spesso, si rapporta alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando fenomeni di inappropriatazza

...l'aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali."

Poiché l'appropriatezza è un concetto non riconducibile ad un'unica interpretazione, complesso, multidimensionale, dipendente dal contesto di riferimento, è utile individuarne componenti e dimensioni attraverso la disamina di alcune definizioni, rintracciabili nel Manuale citato.

Fino agli anni '80 e '90, nella definizione di appropriatezza non veniva preso in considerazione il problema della limitatezza delle risorse. "Con il passare del tempo, la necessità di contenere il peso crescente dei costi in sanità, ha indotto a considerare la variabile "costi" parte integrante del concetto di appropriatezza....Prima degli anni '80, l'interpretazione del termine "appropriato" era sostanzialmente condivisa e indicava l'insieme di cure in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni del singolo paziente. In seguito, il mutato contesto economico ha richiesto ai third-payer (finanziatori pubblici e privati delle cure sanitarie) di porre un freno al rimborso dei servizi e delle prestazioni fornite".<sup>7</sup>

A pagina 8 dello stesso Manuale viene proposta la seguente definizione di appropriatezza:

*"Una cura appropriata consiste nella selezione, sulla base degli interventi di cui è stata*

---

6 "Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza", Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale della programmazione Sanitaria, luglio 2012

7 Ibidem

*dimostrata l'efficacia per un determinato disturbo, dell'intervento con la maggiore probabilità di produrre gli esiti di salute attesi da quel singolo paziente. Un intervento può essere appropriato soltanto quando vengono soddisfatti determinati criteri. Devono essere disponibili le competenze tecniche e tutte le altre risorse necessarie alla realizzazione di una prestazione con uno standard sufficientemente elevato. Le modalità con cui l'intervento viene svolto devono essere accettabili dal paziente. Ai pazienti dovrebbero essere fornite adeguate informazioni sul range degli interventi di provata efficacia pratica. Le loro preferenze sono centrali nella scelta dell'intervento appropriato tra quelli conosciuti come efficaci. Le loro preferenze rifletteranno non solo il primario esito di salute che sperano di raggiungere, ma anche i potenziali effetti avversi che si potrebbero verificare. Ne consegue che il paziente deve essere totalmente coinvolto nella discussione riguardante la probabilità di differenti esiti, con e senza l'intervento, e i disagi e gli eventi avversi che si potrebbero verificare. L'appropriatezza degli interventi sanitari deve anche essere considerata all'interno dell'attuale contesto sociale e culturale e rispetto alla giustizia nell'allocazione delle risorse.*

...Per quanto riguarda il nostro Paese, il termine 'appropriatezza' ha acquistato una rilevanza normativa con il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000, divenendo uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (D. Lgs 229/99).

...Nei documenti legislativi e di programmazione risulta, tuttavia, particolarmente complesso rintracciare una chiara definizione di appropriatezza delle cure che ne identifichi le specificità rispetto ad altri concetti collegati, quali l'efficacia e l'efficienza. Essa è recuperabile, invece, dal Glossario a cura del Ministero della Salute:

*L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi".<sup>8</sup>Vale a dire: effettuare la prestazione giusta, nel modo giusto, al momento giusto, al paziente giusto.*

Come si vede, la tempistica di erogazione delle prestazioni rientra nei criteri di appropriatezza, giustificando appieno gli sforzi per il governo dei tempi di attesa.

---

8 Ibidem

## LA MEDICINA DIFENSIVA

Un tema strettamente connesso all'appropriatezza e oggi almeno altrettanto dibattuto, è quello inerente il significato della cosiddetta "medicina difensiva".

Nel corso degli ultimi decenni, si è profondamente modificato il rapporto medico – paziente: è andata aumentando la consapevolezza sociale del problema della mal practice e si è andata affermando una sempre maggiore attribuzione di responsabilità civile e penale all'operatore sanitario. Si è via via sempre più rafforzato il concetto di tutela del paziente e si è andata consolidando la consapevolezza dei doveri in capo al medico e della possibilità di trovare ristoro giudiziale per i danni eventualmente occorsi a seguito di interventi medici.

Di medicina difensiva si può parlare già facendo riferimento ad epoche storiche insospettabili: Curzio Rufo, nelle *Historiae Alexandri Magni*, racconta che Alessandro, ferito in battaglia, non riuscì a trovare alcun medico disposto ad asportare la freccia che si era conficcata nel suo corpo sino a quando lo stesso, conscio della gravità della ferita e delle ragioni per le quali i chirurghi erano tanto restii a intervenire, promise l'impunità a uno di loro, che alla fine lo operò.

Si trattava, in quel caso, di medicina difensiva omissiva; oggi, la medicina difensiva omissiva, o negativa, è contraddistinta dal tentativo di evitare determinate categorie di pazienti o determinati interventi diagnostici e/o terapeutici, perchè potrebbero prospettare un rischio di contenzioso.

Dal punto di vista che interessa maggiormente, nell'ambito della discussione sul contenimento dei costi in sanità, più rilevante pare essere l'altra faccia della medaglia della medicina difensiva, quella cosiddetta positiva: "si verifica quando i medici prescrivono test, procedure diagnostiche o visite, *omissis*, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per mal practice"<sup>9</sup>, vale a dire, per minimizzare il rischio di contenziosi legali.

La Commissione Parlamentare di Inchiesta sugli Errori Sanitari stima in circa 10 miliardi di euro il costo della medicina difensiva positiva, cioè di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche, pari al 10,5% del totale della spesa sanitaria.

La stessa Commissione individua le voci più significative:

---

<sup>9</sup> Office of Technology Assessment, US, Congress 1994

farmaci: 1,9%

visite: 1,7%

esami di laboratorio: 0,7%

esami strumentali: 0,8%

ricoveri: 4,6%

La tabella sottoriportata rappresenta la stima dei costi della medicina difensiva per settori rispetto alla spesa globale:

<b>Stima dei costi della MD per settori rispetto alla spesa globale</b>	
<u>Settore</u>	<u>% sulla spesa totale</u>
Farmaceutica	14
Esami strumentali	25
Esami di laboratorio	23
Visite specialistiche	11

*Fonte: indagine AgeNas, 2014 – Campione di circa 1500 medici ospedalieri*

In sintesi, si può sostenere che la medicina difensiva sia l'esito di condotte opportunistiche da parte dei medici che adottano di fatto dei comportamenti inappropriati per tutelarsi prima di tutto dal rischio professionale.

Ma prescrivere prestazioni inefficaci o inappropriate è una pratica che, oltre ad essere dannosa, sprecando preziose risorse sottrae, nel quadro di un sistema universalistico pubblico, l'opportunità a qualcun altro di ricevere le cure di cui ha bisogno.

**DECRETO 9 DICEMBRE 2015: CONDIZIONI DI EROGABILITA' E INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA AMBULATORIALE EROGABILI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Art. 1 – Oggetto: il presente decreto individua le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del servizio sanitario Nazionale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996.

Art. 2 – Definizioni: ai fini del presente decreto, si intende per:

a) "condizioni di erogabilità" le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi in assenza delle quali la prestazione specialistica risulta inappropriata e non può essere erogata nell'ambito e a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

b) "indicazioni di appropriatezza prescrittiva" le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali specificate nell'allegato 1, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio Sanitario Nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriata;

c) "specialista" il medico che, in relazione al rapporto di lavoro in essere, ha titolo per erogare le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per conto del Servizio Sanitario Nazionale.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Decreto 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale"

Nei primi giorni del 2016 è entrato in vigore il cosiddetto Decreto Appropriatelyzza, un provvedimento che durante il suo iter legislativo ha fatto molto discutere.

Il decreto individua le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale di cui al Dm del 22 luglio 1996 e previsto dal decreto Enti Locali dell'agosto 2015. Si tratta di prestazioni di Odontoiatria, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina Nucleare.

Si rischia, forse, di confondere il concetto di appropriatezza con quello di razionamento: quando si parla di condizioni di erogabilità non si è forse di fronte a provvedimenti che si propongono di razionare le risorse, attraverso la decisione di quali siano le prestazioni assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale e di quali categorie di persone ne abbiano titolo? Per quanto riguarda l'appropriatezza clinica, è davvero difficile stabilire a priori, e con valore di legge, cosa sia utile fare o non fare nelle diverse circostanze che caratterizzano la pratica clinica. Nelle sue scelte, il professionista si deve avvalere di linee guida, di percorsi diagnostici e terapeutici e delle migliori conoscenze scientifiche. Sulle sue decisioni influiscono anche le richieste, i valori, la fiducia del paziente, i margini di incertezza dei risultati, il contesto fisico e culturale di erogazione delle cure. Ci si interroga se davvero tutti questi elementi possano trarre vantaggio da provvedimenti impositivi, di tipo burocratico. E' consapevolezza di molti che la medicina sia pervasa da prestazioni inappropriate verso cui in qualche modo è indispensabile intervenire e che alcune indicazioni regolatorie e di controllo sui comportamenti prescrittivi possano essere utili a tutela del paziente, oltretutto per ragioni economiche. Ma non sarebbe più utile, in funzione dell'appropriatelyzza clinica, fare in modo che pazienti e cittadini prendano coscienza che esami e trattamenti inappropriate non solo sono uno spreco, ma possono rappresentare una minaccia per la loro salute (basti pensare ai danni da radiazioni ionizzanti, agli effetti collaterali dei farmaci, alle complicanze di procedure invasive, alle sovradiagnosi)?

La cosiddetta 'appropriatezza prescrittiva' secondo regole stabilite da provvedimenti governativi con l'obiettivo dichiarato di ridurre i costi, con minaccia di sanzioni per i medici che non le rispettano, non rappresenta, forse, un implicito razionamento e rischia di danneggiare la relazione medico – paziente?



## **L'AZIENDA OSPEDALIERA E LE RICHIESTE DEI CITTADINI<sup>11</sup>**

L'azienda ospedaliera considerata per il presente studio si configura quale azienda multipresidio: è composta da 3 presidi ospedalieri (PO) e da numerose strutture poliambulatoriali.

### **Presidi ospedalieri**

Il PO principale per livello di complessità, flessibilità funzionale, standardizzazione delle attività e disponibilità di un parco tecnologico avanzato, assume, pur in presenza di una specifica conformazione generalista, l'identità di struttura di riferimento all'interno della rete, avuto particolare riguardo alla dimensione organizzativa, al trattamento delle urgenze, e alla gestione di attività ad elevata specializzazione.

Il secondo PO, composto da due stabilimenti ospedalieri, è complessivamente dotato di servizi diagnostici, internistici, chirurgici e di strutture adeguate all'emergenza, in grado di soddisfare volumi di domanda sanitaria appropriati e garantire una soddisfacente qualità del servizio. Uno dei due stabilimenti è decisamente a vocazione riabilitativa.

Il terzo PO presenta un profilo vocazionale di presidio di "prossimità," coerentemente orientato a soddisfare i bisogni sanitari espressi dal bacino territoriale di riferimento.

### ***Piattaforme polispecialistiche ambulatoriali e rete extra-ospedaliera dei servizi sanitari aziendali***

E' prevista, all'interno dell'organizzazione, una struttura complessa (SC) di produzione che svolge attività di direzione, sotto il profilo gestionale e igienico-organizzativo, delle piattaforme produttive ambulatoriali polispecialistiche extra-ospedaliere (n.14 strutture poliambulatoriali, n.9 centri prelievi, rete di assistenza territoriale DSM, articolazioni operative afferenti ad altre Unità Operative (U.O.)/Dipartimenti).

Tale SC presiede la linea di offerta "outpatients" che aggrega le attività per utenti non ricoverati e comprende sia le prestazioni ambulatoriali più semplici, che percorsi coordinati anche con il coinvolgimento di risorse di più elevata complessità.

---

<sup>11</sup> le informazioni riportate in merito al profilo di offerta dell'AO sono ricavate dal Piano di Organizzazione Aziendale della stessa

La struttura assicura il coordinamento della Medicina Specialistica Convenzionata, favorendo l'integrazione delle diverse branche con le strutture complesse (SS.CC.) di riferimento in ambito ospedaliero, anche ai fini del contenimento dei tempi di attesa.

Tra le azioni di governo dell'asset delle strutture di erogazione extra-ospedaliere, la SC tende, in particolar modo, a garantire:

- la riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, privilegiando quei cluster di offerta che si rivelino efficaci nella risposta alla domanda di prestazioni sanitarie espresse dal territorio, in un contesto di crescente razionalizzazione delle risorse a disposizione;
- il perfezionamento dei livelli di flessibilità erogativa, avuto particolare riguardo all'attività ambulatoriale effettuata sia in ambito territoriale presso strutture polispecialistiche, sia in contesti geografici decentrati o disagiati, e periferici rispetto al focus produttivo dell'azienda;
- l'appropriato utilizzo della potenziale flessibilità produttiva della specialistica convenzionata, in particolare per quanto riguarda le seguenti variabili:
  - volumi/tipologie di prestazioni (prime visite, follow up, urgenze differibili)
  - ambiti fisici di erogazione (ambulatori, strutture polispecialistiche, punti prelievo)
  - orari.

La struttura organizzativa considerata, inoltre, promuove modalità di cooperazione con attori organizzativi esterni all'azienda (MMG, PLS, Istituti sanitari e assistenziali...) in una logica di partnership con gli stakeholders locali e assicura l'erogazione delle prestazioni sanitarie all'utenza ristretta nella Casa Circondariale del territorio di riferimento.

### ***Missione dell'Azienda Ospedaliera***

L'Azienda ha precisato la missione che intende perseguire nelle affermazioni di seguito formulate:

- promuovere con consapevolezza e rigore un sempre più incisivo processo di umanizzazione delle strutture aziendali, ricentrando le politiche aziendali sul cittadino, soggetto di diritti, strategie, interessi, con una propria autonomia;
- garantire alla comunità un insieme di servizi sanitari integrati ispirati a principi di qualità,

equità ed appropriatezza, in un'ottica di continuità assistenziale e di compatibilità con le risorse assegnate;

- assicurare con tempestività l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai pazienti nel momento in cui è loro di massima utilità;

- valorizzare le specifiche professionalità impegnate nel progetto di crescita aziendale, sviluppando, con un approccio di tipo multidisciplinare metodi di lavoro innovativi e fortemente integrati, rafforzando un atteggiamento cooperativo ed il senso di appartenenza aziendale.

## **ATTIVITA' DI ASCOLTO DEI CITTADINI PRESSO UN'AZIENDA OSPEDALIERA DI REGIONE LOMBARDIA: DATI URP 2015**

Il reclamo è uno strumento a valenza strategica in quanto, oltre a costituire un monitoraggio dei punti critici del sistema, può divenire un elemento di cambiamento che orienta l'azione decisionale e strategica dell'azienda.

Il reclamo può rappresentare pertanto il punto di partenza di un circuito virtuoso per l'organizzazione, una sorta di "carburante" indispensabile per mettere in moto azioni di miglioramento che partano dalla rilevazione della qualità percepita dagli utenti, per individuare i nodi critici del sistema, ed attivare processi di miglioramento e di adeguamento della qualità dei servizi.

Il reclamo può essere, quindi, un'opportunità per migliorare il servizio offerto. La gestione del reclamo verbale o scritto è attività classica e istituzionale dell'URP. La conduzione del procedimento deve garantire imparzialità e trasparenza e dimostra l'importanza attribuita dall'Ente all'ascolto dell'utente per tutelarne i diritti.

Nel corso del 2015 sono pervenuti agli Uffici Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliera considerata 1315 reclami e segnalazioni. A questi, vanno aggiunte 745 richieste di aiuto per la prenotazione di prestazioni prescritte in regime di "Urgenza Differibile" (classi di priorità U e B)

### ***Reclami e segnalazioni pervenuti***

<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2014</b>	<b>Anno 2013</b>	<b>Anno 2012</b>
1315 (+745 richieste di urgenza differibile / <b>Bollini Verdi</b> )	1240	1472	1530

E' necessario precisare che, facendo seguito ad una Azione di Miglioramento concordata nel 2014 con il responsabile del Centro Unico di Prenotazione (CUP) per la gestione delle prestazioni richieste in regime di "Urgenza Differibile" (classi di priorità U e B), nel corso del 2015 l'URP si è fatto carico delle prescrizioni con classe di priorità U e B che non hanno

trovato disponibilità, presso il CUP, entro la tempistica prescritta.

Tale modalità è stata introdotta per consentire il regolare flusso di utenti presso gli sportelli del CUP, evitando che le difficoltà di prenotazione di prestazioni con l'indicazione di urgenza differibile rallentassero la risposta degli operatori all'utenza, provocando in tal modo spiacevoli situazioni di conflittualità agli sportelli.

Le prestazioni richieste con classe di priorità U e B pervenute all'URP sono state inserite nella categoria "Tempi di attesa".

Pertanto, va sottolineato che un incremento di segnalazioni all'interno di tale classe non rappresenta un peggioramento delle U.U.O.O. interessate: gli specialisti hanno inserito in sovrapprenotazione i pazienti che non è stato possibile ricomprendere nella programmazione ordinaria, in questo modo garantendo una risposta ai pazienti stessi.

## **Modalita'**

Per quanto attiene la modalità di presentazione all'URP delle segnalazioni, nel 2015 si è registrato un netto incremento della presentazione diretta. Anche in questo caso, la spiegazione si trova nella gestione, da parte dell'URP, delle prestazioni richieste in regime di "Urgenza Differibile" (classi di priorità U e B) non inseribili nelle agende programmate.

N istanze pervenute 2015	Descrizione modalita'	%	2014%	2013%	2012%
569	diretta	27,62	9,28	15,63	14,05
687	postale (mano/email/fax)	33,35	31,77	21,13	17,25
804	telefonica	39,03	58,95	63,25	68,7
<b>2060</b>			<b>1240</b>	<b>1472</b>	<b>1530</b>

E' utile precisare in che cosa consista l'intervento dell'URP nel processo di prenotazione di tali prescrizioni.

Le operatrici del CUP, a fronte dell'impossibilità di prenotare le prestazioni nella tempistica prescritta dalla classe di priorità, inviano l'utente all'URP. Qui vengono acquisiti la fotocopia della prescrizione e un recapito della persona, che viene rinviata al domicilio dopo essere stata informata che la prescrizione verrà sottoposta all'attenzione degli specialisti interessati. Questi indicano la data e l'ora della visita, dopodichè la persona viene ricontattata dalle operatrici dell'URP e informata del luogo e dell'ora dell'appuntamento.

Negli ultimi 2 mesi dell'anno, a fronte di un incremento ragguardevole di prescrizioni con classe di priorità U e B, l'URP ha concordato con il direttore amministrativo del presidio ospedaliero e con i direttori dei Dipartimenti di Chirurgia e di Medicina di avvalersi del supporto delle segreterie di U.O. per sottoporre agli specialisti tali prescrizioni.

### **Classificazione delle segnalazioni**

Al fine di facilitare la lettura delle tabelle che seguono, si riporta la classificazione delle segnalazioni indicata dalla nota della Giunta Regionale Direzione Generale Sanità, Protocollo n. H1.2007.0053415 del 21 dicembre 2007, evidenziando che, attualmente, la stessa viene utilizzata dall'Azienda Ospedaliera considerata.

Classificazione segnalazioni
accesso con mezzi privati (segnaletica, parcheggi etc.)
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)
dati sensibili (codice privacy 196)
inadeguatezza organizzativa
logistica (spazi, segnaletica, percorsi)
mancata prestazione
modalità
percezione della qualità tecnico professionale
qualità (vedi requisiti cartella clinica)
rapporto con l'azienda
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)
rimborsi
rispetto altri diritti
sicurezza
tempi
tempo d'attesa
ticket errati e impropri
varie

## **Qualita' percepita: n° di reclami e prestazioni erogate**

Il numero di reclami e segnalazioni è stato considerato in rapporto alle prestazioni erogate, per quanto riguarda l'attività ambulatoriale e in rapporto al numero dei pazienti dimessi (in regime ordinario-sub.acuti e da DH e DS) per quanto attiene le degenze.

Il dato su cui è stata calcolata la percentuale per la voce *Altro Area Amministrativa (mensa/Autisti/Marketing/Libera)* è il numero di prestazioni in Libera Professione (LP) erogate presso il PO considerato e per la voce *Amministrazione Sportelli Cassa/Ticket (Accettazione e CUP)* è il numero di prestazioni ambulatoriali, utilizzato in via analogica per identificare gli accessi al CUP.

E' necessario precisare che i dati riportati ricomprendono solo una piccola parte delle richieste di aiuto per la prenotazione di prestazioni di radiodiagnostica ambulatoriale che non hanno trovato risposta presso il CUP per mancanza di disponibilità. Per la gran parte, queste prescrizioni sono state inviate dalle operatrici stesse del CUP direttamente alla segreteria della U.O. Di Radiologia, dove si è provveduto, in accordo con i professionisti radiologi, a inserire tali pazienti in sovrapprenotazione.

Le tabelle che seguono sono riferite al presidio ospedaliero principale dell'azienda considerata, al poliambulatorio interno allo stesso presidio e al poliambulatorio territoriale più significativo, dal punto di vista della numerosità delle prestazioni erogate, della stessa.

<b>PRESIDIO OSPEDALIERO</b> Classificazione segnalazioni	<b>Totali</b>
accesso con mezzi privati (segnaletica, parcheggi etc.)	<b>5</b>
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS	<b>38</b>
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)	<b>1</b>
barriere architettoniche	<b>1</b>
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)	<b>12</b>
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)	<b>13</b>
dati sensibili (codice privacy 196)	<b>4</b>
inadeguatezza organizzativa	<b>49</b>
mancata prestazione	<b>4</b>
modalità	<b>5</b>
percezione della qualità tecnico professionale	<b>21</b>
qualità (vedi requisiti cartella clinica)	<b>9</b>
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)	<b>21</b>
rimborsi	<b>1</b>
rispetto altri diritti	<b>1</b>
tempi	<b>6</b>
tempo d'attesa	<b>79</b>
ticket errati e impropri	<b>61</b>
varie	<b>7</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>338</b>
DIMESSI	<b>94.598</b>
% segnalazioni su dimessi	<b>0</b>



PRESIDIO OSPEDALIERO Parziale (A-G) Classificazione segnalazioni	Altro Area Amministrativa (Mensa/Autisti/Marketing-Libera)	Altro Area Sanitaria (Lab_Analisi/Prelievi/DS/118/Anestesisti/A	Amministrazione Altri Servizi (URP/Affari Generali Legali/Centra	Amministrazione Archivio (Cartelle Cliniche)	Amministrazione e Contabilità	Amministrazione Sportelli Cassa/Ticket (Accettazione/CUP)	Anatomia e Istologia Patologica	Asteria (Pronto Soccorso)	Cardiologia	Chirurgia Generale	Chirurgia Maxillo Facciale	Chirurgia Plastica	Chirurgia Toracica	Chirurgia Vascolare	Dermatologia	Gastroenterologia (epatologia)	Geriatra
accesso con mezzi privati (segnaletica, parcheggi etc.)	2		2		1												
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS	12		1			21				1							
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)			1														
barriere architettoniche			1														
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)	4					7								1			
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)	3		1			1											
dati sensibili (codice privacy 196)			2								1						
inadeguatezza organizzativa	6					7	1	2	2	9	1	4					1
mancata prestazione						1		1	1								
modalità	1							1	1								
percezione della qualità tecnico professionale	1							7	1						1	1	
qualità (vedi requisiti cartella clinica)					1	2		1		1							
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)			1			4		3	2	3		1				1	
rimborsi								1									
rispetto altri diritti						1											
tempi	2			1			1										
tempo d'attesa								2	3	15	2	8	1				
ticket errati e impropri						7		49				1					
varie	1	1				1		1									1
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>52</b>	<b>2</b>	<b>68</b>	<b>10</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
DIMESSI								72.845	1822	1414	497	703	94	279	202	322	1559
% segnalazioni su dimessi	###	###	#DIV/0!	###	###	###	###	0	1	2	1	2	1	0	0	1	0

PRESIDIO OSPEDALIERO Parziale (N-U) Classificazione segnalazioni																	
	Nefrologia	Neurochirurgia	Neurologia	Oncologia	Ortopedia e Traumatologia	Ostetricia e Ginecologia	Otorinolaringoiatria	Patologia Neonatale	Pediatria	Pneumologia (CAB)	Psichiatria	Radiologia	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Reumatologia	Terapia Intensiva (rianimazione)	Unità Coronarica	Urologia
accesso con mezzi privati (segnaletica, parcheggi etc.)																	
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)	1	1												1			
barriere architettoniche																	
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)																	
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)		1			1			1		2			1		2		
dati sensibili (codice privacy 196)									1								
inadeguatezza organizzativa		3			1	1	2		1	1		1	1		1		4
mancata prestazione								1									
modalità											1	1					
percezione della qualità tecnico professionale				1	1	3			1		4						
qualità (vedi requisiti cartella clinica)			2		1							1					
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)		1			1	1			1							1	1
rimborsi																	
rispetto altri diritti																	
tempi		1										1					
tempo d'attesa		9			1		8					10		1		1	18
ticket errati e impropri						1	1		2								
varie					1										1		
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>23</b>
DIMESSI	679	614	700	409	940	2930	628	799	1444	351	622		287		138	25	1825
% segnalazioni su dimessi	0	3	0	0	1	0	2	0	0	1	1	###	1	###	3	8	1

<b>POLIAMBULATORIO interno al Presidio</b> Classificazione segnalazioni	<b>Totali</b>
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS	<b>12</b>
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)	<b>1</b>
barriere architettoniche	<b>1</b>
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)	<b>5</b>
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)	<b>2</b>
dati sensibili (codice privacy 196)	<b>1</b>
inadeguatezza organizzativa	<b>82</b>
mancata prestazione	<b>7</b>
modalità	<b>1</b>
percezione della qualità tecnico professionale	<b>10</b>
qualità (vedi requisiti cartella clinica)	<b>4</b>
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)	<b>11</b>
tempi	<b>6</b>
tempo d'attesa/ <b>Bollini Verdi (BV)</b>	<b>627</b>
ticket errati e impropri	<b>2</b>
varie	<b>89</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>861</b>
<b>TOTALE SEGNALAZIONI e RECLAMI</b> <b>(esclusi BV)</b>	<b>234</b>
N.° Prestazioni erogate	<b>360112</b>
% segnalazioni (esclusi BV) su prestazioni erogate	<b>0,06</b>

POLIAMBULATORIO ospedaliero (Parziale A-E) Classificazione segnalazioni	Allergologia	Altro Area Amministrativa (Mensa/Audisti/Marketing- Libera)	Altro Area Sanitaria (Lab- Analisi/Prelev/DS/118/An- estesiisti/A	Amministratore Altri Servizi (URP/Affari Generali Legali/Centra	Amministrazione Sportelli Cassa/Ticket (Accettazione/CUP)	Asteria (Pronto Soccorso)	Cardiologia	Chirurgia Generale	Chirurgia Maxillo Facciale	Chirurgia Plastica	Chirurgia Toracica	Chirurgia Vascolare	Dermatologia	Ematologia	Emodialisi	
																1
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS		5							1	1						
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)																1
barriere architettoniche																
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)				1	1		2									
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)		1														
dati sensibili (codice privacy 196)																
inadeguatezza organizzativa	1	1			1		3			1		1		5		
mancata prestazione							2	1						1		
modalità																
percezione della qualità tecnico professionale							1			1						
qualità (vedi requisiti cartella clinica)		1														
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)							3									
tempi		1			1		1									
tempo d'attesa/ <b>Bollini Verdi (BV)</b>			3				24	40	2	35	1	35	20	14		
ticket errati e impropri						1										
varie			3				3	4		7		3	1	1		
TOTALE COMPLESSIVO	1	9	6	1	3	1	39	45	3	45	1	39	21	21	1	
<b>TOTALE SEGNALAZIONI e RECLAMI (esclusi BV)</b>	1	9	3	1	3	1	15	5	1	10	0	4	1	7	1	
N.° Prestazioni erogate	79				360112		19761	3643	11879	5580		2144	2492			
% segnalazioni (esclusi BV) su prestazioni erogate	1,27	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	###	0,08	0,14	0,01	0,18	###	0,19	0,04	###	###	

POLIAMBULATORIO ospedaliero (Parziale G-U) Classificazione segnalazioni	Classificazione segnalazioni																				
	Gastroenterologia (epatologia)	Geriatrica	Malattie endocrine e nutrizione (endocrinologia e diabetologia)	Medicina Generale (ipertensione)	Medicina Nucleare	Neftologia	Neurochirurgia	Neurologia	Oculistica	Oncologia	Otopedia e Traumatologia	Ostetricia e Ginecologia	Otorinolaringoiatria	Pediatria	Pneumologia (CAB)	Radiologia	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Reumatologia	Unità Coronarica	Urologia	
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS						1		1				2									1
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)																					1
barriere architettoniche																					
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)																	1				
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)	1																				
dati sensibili (codice privacy 196)												1									
inadeguatezza organizzativa		3	5	2		1	2	22	3		3	3	3	10		2	6			4	
mancata prestazione			1				1										1				
modalità											1										
percezione della qualità tecnico professionale					1		1		1		3			1						1	
qualità (vedi requisiti cartella clinica)	1							1			1										
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)		1							2		2	1				1					1
tempi	1															2					
tempo d'attesa/ <b>Bollini Verdi (BV)</b>	17	12	47	6		4	83	69	7	1	12	21	13	12	1	75	2	38	1	32	
ticket errati e impropri												1									
varie	1	6	1				16	14			5	1	3			5		7		8	
TOTALE COMPLESSIVO	21	22	54	8	1	6	103	107	13	1	27	30	19	23	1	85	10	45	2	47	
<b>TOTALE SEGNALAZIONI e RECLAMI (esclusi BV)</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	
N.° Prestazioni erogate		5759	4420	4018	6682	73453	2640	13602	14910	13.375	9.347	20.637	14.307	4.314	1.165	21.208	9.800	1764		###	
% segnalazioni (esclusi BV) su prestazioni erogate	###	0,17	0,16	0,05	0,01	0	0,76	0,28	0,04	0	0,16	0,04	0,04	0,25	0	0,05	0,08	0,4	###	0,11	

POLIAMBULATORIO TERRITORIALE Classificazione segnalazioni	Totali
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS	<b>466</b>
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)	<b>2</b>
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)	<b>5</b>
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)	<b>1</b>
inadeguatezza organizzativa	<b>102</b>
mancata prestazione	<b>3</b>
modalità	<b>3</b>
percezione della qualità tecnico professionale	<b>8</b>
qualità (vedi requisiti cartella clinica)	<b>3</b>
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)	<b>8</b>
rimborsi	<b>3</b>
rispetto altri diritti	<b>2</b>
tempi	<b>1</b>
tempo d'attesa/ <b>Bollini Verdi (BV)</b>	<b>118</b>
ticket errati e impropri	<b>2</b>
varie	<b>16</b>
TOTALE COMPLESSIVO	743
<b>TOTALE SEGNALAZIONI E RECLAMI (esclusi BV)</b>	<b>625</b>
N.° Prestazioni erogate	295159
% segnalazioni (esclusi BV) su prestazioni erogate	0,21

<b>POLIAMBULATORIO TERRITORIALE (Parziale A-N)</b> Classificazione segnalazioni	Allergologia	Altro Area Amministrativa (Mensa/Autisti/Marketing-Libera)	Altro Area Sanitaria (Lab_Analisi/Prelievi/DS/118/Anestesiisti/A	Amministrazione Sportelli Cassa/Ticket (Accettazione/CUP)	Cardiologia	Dermatologia	Malattie endocrine e nutrizione (endocrinologia e diabetologia)	Nefrologia	Neurologia	Neuropsichiatria Infantile
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS		159	1	298		4	3			
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)			1	1						
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)				4		1				
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)										
inadeguatezza organizzativa	9	6	7	10	3	3	1	1	22	
mancata prestazione				2						
modalità			1							1
percezione della qualità tecnico professionale	1				2	1			1	
qualità (vedi requisiti cartella clinica)						1				
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)	1		1	1	3					
rimborsi			3							
rispetto altri diritti										
tempi										1
tempo d'attesa/ <b>Bollini Verdi (BV)</b>	12		7	5	3	19			33	
ticket errati e impropri			2							
varie					2	1	1		3	1
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	23	165	23	321	13	30	5	1	59	3
<b>TOTALE SEGNALAZIONI E RECLAMI (esclusi BV)</b>	11	165	16	316	10	11	5	1	26	3
N.° Prestazioni erogate	18.714			295159	8.120	59.304	12.661	17.464	7.035	13.678
% segnalazioni (esclusi BV) su prestazioni erogate	0,06	#DIV/0!	#DIV/0!	0,11	0,12	0,02	0,04	0,01	0,37	0,02

<b>POLIAMBULATORIO TERRITORIALE (Parziale O-U)</b> Classificazione segnalazioni	Oculistica	Odontoiatria	Ostetricia e Ginecologia	Otorinolaringoiatria	Pediatria	Psichiatria	Radiologia	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Servizi Generali Manutenzione	Urologia
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS		1								
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)										
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)										
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)									1	
inadeguatezza organizzativa	25	1	1	3			1	2		7
mancata prestazione					1					
modalità			1							
percezione della qualità tecnico professionale	2					1				
qualità (vedi requisiti cartella clinica)	1						1			
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)	2									
rimborsi										
rispetto altri diritti	1			1						
tempi										
tempo d'attesa/ <b>Bollini Verdi (BV)</b>	7			3			3	24		2
ticket errati e impropri										
varie	2	1	1	3			1			
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	40	3	3	10	1	1	6	26	1	9
<b>TOTALE SEGNALAZIONI E RECLAMI (esclusi BV)</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
N.° Prestazioni erogate	9.219	9.486	2.180	3389		4495	32.966	52.778		5.578
% segnalazioni (esclusi BV) su prestazioni erogate	0,36	0,03	0,14	0,21	###	0,02	0,01	0	###	0,13



Per concludere, si riporta la tabella di sintesi contenente le percentuali per ciascuna classe di segnalazione/reclamo sul totale dei reclami. Va precisato che tali dati fanno riferimento all'intera azienda ospedaliera.

Classificazione segnalazioni	Totali	%
accesso con mezzi privati (segnaletica, parcheggi etc.)	5	0,24
accesso telefonico, Web, Mail, Farmacie, MMG, PLS	516	25,05
amministrativa (modulistica, ticket, orari ecc.)	6	0,29
barriere architettoniche	4	0,19
coerenza tra bisogni espressi e risposta ottenuta (presa in carico)	31	1,5
comfort (vitto, pulizie, arredi, attrezzature, ecc)	29	1,41
dati sensibili (codice privacy 196)	5	0,24
encomi all'ente	1	0,05
inadeguatezza organizzativa	251	12,18
logistica (spazi, segnaletica, percorsi)	4	0,19
mancata prestazione	15	0,73
modalità	13	0,63
percezione della qualità tecnico professionale	57	2,77
qualità (vedi requisiti cartella clinica)	16	0,78
rapporto con l'operatore (identificazione, modalità della relazione, completezza e comprensibilità delle informazioni sullo stato di salute)	56	2,72
rimborsi	9	0,44
rispetto altri diritti	3	0,15
tempi	15	0,73
tempo d'attesa	818	39,71
ticket errati e impropri	73	3,54
varie	133	6,46
<b>TOTALI</b>	<b>2060</b>	

Dai dati rappresentati emerge chiaramente come sia la mancata accessibilità, legata alle liste di attesa o alla disponibilità dell'offerta, a costituire nell'opinione delle persone che hanno contattato l'URP dell'ospedale considerato, l'elemento di criticità più marcato, subito seguita dalle difficoltà di accedere telefonicamente alle prenotazioni.

A proposito delle richieste di prestazioni con indicazione di urgenza differibile, la scelta dell'azienda ospedaliera è stata di non far ricadere sul cittadino le difficoltà del sistema, impegnando i propri professionisti a rispondere comunque al bisogno.

Tali richieste sono state giudicate, con una certa frequenza, inappropriate dai medici, ma tale giudizio solo in rari casi è esprimibile ex ante rispetto all'erogazione della prestazione (per esempio, prescrizione con richiesta di valutazione cognitiva finalizzata all'invio in commissione di invalidità del paziente). Normalmente, solo a seguito dell'incontro con il paziente si ha la possibilità di affermare con certezza l'inappropriatezza clinica della richiesta.

L'azienda ospedaliera ha previsto, nel proprio Piano di governo dei Tempi di Attesa, un incremento di produzione nella misura del 5% aggiuntivo al volume assicurato quotidianamente per le prestazioni ordinarie, rimarcando che la riduzione dei tempi di attesa non può che essere posta come obiettivo di sistema, implicando nel contenimento del problema l'ASL e tutte le strutture contrattualizzate del territorio di riferimento.

## CONCLUSIONI

Il 18 marzo 2016, sul quotidiano "La Repubblica", compare un articolo dal titolo "500 giorni per una mammografia, l'attesa infinita dei pazienti in Italia".

"...Tagli, organizzazione carente, macchinari utilizzati poco impediscono alla risposta del servizio pubblico di stare dietro alla domanda. Che ci mette del suo ad allungare ancora di più le liste, tra richieste inappropriate e medicina difensiva. Se si aggiunge il ticket, talvolta molto alto, il gioco è fatto: tanti preferiscono i privati."<sup>12</sup>

Nonostante l'impegno di Stato e Regioni, testimoniato tra le altre cose dai documenti esaminati, per contenere il problema dei tempi di attesa, evidentemente il risultato non sembra ottimale, nè considerando i dati relativi alla percezione dei cittadini nè considerando la rilevanza del tema sui media nazionali.

Le liste di attesa sono ritenute una forma implicita di razionamento, pertanto è utile interrogarsi ancora una volta sulle scelte necessarie a fronte del crescente divario fra l'aumento dei costi dei sistemi sanitari e la riduzione delle risorse disponibili.

Politiche di razionalizzazione (applicazione di tecniche e metodi volti a un utilizzo ottimale delle risorse) o politiche di razionamento (scelta tra prestazioni e servizi utili e limitazione all'accesso)?

Gianfranco Domenighetti descrive, nel 2008, scenari di cui si rileva la assoluta attualità:

"...le tendenze future a medio termine dei sistemi sanitari ad accesso 'universale' dei paesi industrializzati possono così configurarsi:

1. finanziamento della spesa sanitaria – relativa stagnazione del finanziamento pubblico in rapporto alla crescita della domanda; crescita della quota parte di finanziamento 'out of pocket' e privato (ticket/assicurazioni private);
2. organizzazione – diminuzione della capacità di cura per malattie acute (attualmente sovradimensionate); concentrazione dell'alta tecnologia e stretto controllo della sua diffusione; creazione di reti integrate di cura (tipo HMO americane, cioè a partecipazione mista pubblica-privata);

---

<sup>12</sup> "500 giorni per una mammografia, l'attesa infinita dei pazienti in Italia" di Michele Bocci su La Repubblica.it, 18 marzo 2016

3. accesso ai servizi – tendenza alla crescita delle liste di attesa; ridimensionamento del 'pacchetto' di prestazioni offerte; definizione di nuove priorità di accesso (soprattutto in funzione del livello di 'rischio' omologabile; diminuzione generale delle libertà di scelta per i cittadini; promozione della delocalizzazione dei pazienti (interna e all'estero));
4. processi diagnostici e terapeutici – diminuzione della libertà terapeutica e aumento della standardizzazione delle cure (linee guida cliniche; Evidence-Based Medicine; 'disease management'; promozione di medicinali generici, ecc.);
5. empowerment – promozione di politiche sanitarie di tipo 'culturale' intese a ridurre il consumismo e a ricondurre le attese dei cittadini alla realtà delle prove scientifiche e della disponibilità di risorse."<sup>13</sup>

Lo spreco di risorse limitate allontana l'obiettivo di assicurare alle persone, in modo equo, il massimo di salute e benessere. Pertanto, la valutazione economica, vale a dire la considerazione della relazione fra costi e benefici di salute di un intervento sanitario, ha necessariamente anche una valenza etica.

Si sfumano così le contraddizioni fra razionamento e razionalizzazione: forse, è tempo che ciascuno faccia la propria parte per riacquistare la consapevolezza che il Sistema Sanitario Nazionale è un bene comune, da tutelare e garantire alle future generazioni: le persone devono cominciare a rivedere le proprie aspettative nei confronti di una medicina mitica, di una sanità infallibile; i professionisti devono integrare competenze e responsabilità in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e realmente centrati sul paziente, così come spetta primariamente a loro identificare servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate da cui disinvestire. Le Regioni dovrebbero avviare e mantenere un virtuoso processo di bonifica di sprechi e inefficienze, riallocando risorse in servizi essenziali e innovazioni. Allo Stato, il compito di arrestare il definanziamento del Sistema, rendere realmente continuo l'aggiornamento dei LEA e potenziare gli strumenti di indirizzo e verifica dei servizi sanitari regionali.

---

<sup>13</sup> Gianfranco Domenighetti, "Futuro dei sistemi sanitari tra medicalizzazione, razionalizzazione, razionamento ed equità" in *"Salute e benessere – Dalla cultura un orientamento per la clinica"*, Fabio Banfi, Giuseppe Pozzi (a cura di), Milano, Franco Angeli, 2008 – pag. 140

## BIBLIOGRAFIA

- F. Banfi, M. Picozzi (a cura di) *Management ed etica delle risorse in sanità* Milano, Franco Angeli, 2007
- F. Banfi, G. Pozzi (a cura di) *Salute e benessere – Dalla cultura un orientamento per la clinica* - Milano, Franco Angeli, 2008
- L. A. Cochrane *Efficienza ed efficacia* - Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- C. Collicelli, M. Cortellaro *Accrescere l'efficacia degli interventi. L'esperienza delle linee guida diagnosticoterapeutiche e la regolazione del settore farmaceutico* - Milano, Franco Angeli, 1999
- G. Costa, F. Faggiano *L'equità nella salute in Italia*, Milano, Franco Angeli, 1994
- I. Illich *L'ossessione della salute perfetta. L'aumento delle cure genera nuove patologie*, in *Le Monde Diplomatique* – Marzo 1999
- A. Liberati *Etica, conoscenza e sanità* – Roma, Il pensiero Scientifico Editore, 2004
- A. Muzzi (a cura di) *La valutazione della performance. Una libera traduzione del Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) Anno 2000 'migliorare la performance dei sistemi sanitari' integrata per la realtà italiana* Igiene e Sanità Pubblica, 2001, LVII, 1/2
- M. Plebani, T. Trenti *Praticare il Governo Clinico: qualità, efficacia e professionalità in Medicina* Centro Scientifico Editore, 2002
- G. Simonetti *Medicina Difensiva* IDELSON - GNOCCHI, 2015
- "La revisione della spesa pubblica: il caso della Sanità", dossier dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2015
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010 – 2012

- *"Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatelyzza"*, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Saniatrio Nazionale – Direzione Generale della programmazione Sanitaria, luglio 2012
- Decreto 9 dicembre 2015 *"Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale"*
- *"500 giorni per una mammografia, l'attesa infinita dei pazienti in Italia"* di Michele Bocci su La Repubblica.it, 18 marzo 2016